Niger

Enquête Démographique et de Santé 1992



Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux
Direction Générale du Plan
Ministère des Finances et du Plan



Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

REPUBLIQUE DU NIGER

Enquête Démographique et de Santé Niger 1992

Idrissa Alichina Kourguéni
Bassirou Garba
Bernard Barrère

Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux
Direction Générale du Plan
Ministère des Finances et du Plan
Niamey, Niger

Macro International Inc.
Columbia, Maryland USA

Septembre 1993

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSN) réalisée au Niger en 1992 par le Ministère des Finances et du Plan (Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux). L'EDSN, financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

L'EDSN fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSN peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, Rue de Sirba, B.P. 862, Niamey (Niger), Téléphone (227) 72 35 60. Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, USA (Téléphone 410-290-2800; Fax 410-290-2999; Télex 198116).

TABLE DES MATIERES

Page

Page

LISTE DES TABLEAUX

Page

Page

Page

Page

LISTE DE GRAPHIQUES

Page

SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG	bacille Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BCR	Bureau Central du Recensement
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CDC	Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, Etats-Unis)
CFCA	Centre de Formation des Cadres de l'Alphabétisation
CNSF	Centre National de Santé Familiale
CTNP	Comité Technique National sur la Population
CUN	Communauté Urbaine de Niamey
DHS (EDS)	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DSCN	Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
EDS (DHS)	Enquête Démographique et de Santé
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
EMIJ	Enquête sur la Mortalité Infantile et Juvénile
ET	Ecart Type
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	Haut Conseil de la République
IEC	Information, Education et Communication
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISSA	Integrated System for Survey Analysis
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
ISFD	Indice Synthétique de Fécondité Désirée
MDSPPF	Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme
MFP	Ministère des Finances et du Plan
MSP	Ministère de la Santé Publique
NCHS	National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, Etats-Unis)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement

RDV	Risque de mortalité maternelle sur la Durée de Vie
RGP	Recensement Général de la Population
SRO	Sels de Réhydratation par voie Orale
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UPS	Unité Primaire de Sondage
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)
ZD	Zone de Dénombrement

PREFACE

L'enquête, que vient de réaliser la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN) et ses partenaires nationaux et internationaux et dont les résultats sont contenus dans le présent rapport, fait partie d'un programme mondial d'enquêtes destiné à améliorer les connaissances des phénomènes démographiques et de santé dans les pays en voie de développement. Cette enquête, prévue pour être exécutée après le 2ème Recensement Général de la Population, vient combler un vide important dans notre pays qui, très pauvre en données statistiques, n'a malheureusement pu organiser que quelques rares opérations de collecte de données depuis l'indépendance.

L'importance qu'occupent actuellement les questions de population dans les préoccupations aussi bien des autorités politiques et administratives que des cadres et des populations nigériennes, renforce l'intérêt des différents indicateurs que la DSCN met, dans ce document, à la disposition des principaux utilisateurs. Puissent-ils en faire bon usage car les données contenues dans ce rapport interpellent notre conscience. En effet, notre pays semble avoir les plus mauvais indicateurs sanitaires, de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle qui ont été observés depuis le début de ce programme mondial d'enquêtes qui a commencé en 1985.

Ces résultats doivent nous pousser à agir rapidement pour améliorer cette situation désastreuse des enfants et des femmes nigériennes. N'aurions-nous pas agi autrement depuis longtemps si nous avions pu disposer régulièrement de ce type de données et d'indicateurs? Avons-nous accordé assez d'intérêt à la production, à la gestion et à l'utilisation de l'information statistique dans notre pays?

Ces questions, qui en appellent d'autres, nous permettent, en tout cas, de tirer la leçon suivante : le secteur statistique est un secteur vital dans le processus d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques et programmes de développement; la statistique doit donc devenir, dans notre pays, un instrument indispensable pour la prise de décisions et doit être utilisée à bon escient par tous. Les données de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger qui font apparaître une situation sanitaire et nutritionnelle dramatique et des niveaux de mortalité maternelle et de mortalité infanto-juvénile inquiétants, nous en fournissent la preuve.

Tirons-en donc les conséquences. Puissent ses résultats permettre une prise de conscience et un sursaut national sur l'importance et l'utilité de la statistique et sur la nécessité d'agir autrement dans nos approches et nos politiques et programmes de développement.

Je ne voudrais pas terminer sans remercier tous ceux et toutes celles qui ont permis la réalisation de cette enquête.

Le Ministre des Finances et du Plan

ABDALLAH BOUREIMA

REMERCIEMENTS

La réalisation d'une enquête statistique est toujours le fruit d'une oeuvre collective. En effet, la collecte, l'exploitation et l'analyse des données forment un processus long et complexe souvent difficile à maîtriser sans la participation, aux différents niveaux, de personnes ou de structures appropriées.

L'exécution de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN) en a été, une fois de plus, la preuve vivante. C'est pourquoi, je voudrais saisir cette occasion pour adresser tous mes remerciements et toute ma gratitude à ceux qui ont apporté leur contribution aux différents travaux de l'EDSN, permettant ainsi d'obtenir des résultats satisfaisants, qui n'ont rien à envier aux résultats des autres enquêtes du programme EDS. Il s'agit tout particulièrement :

- des populations et des guides des zones enquêtées avec une mention spéciale aux femmes qui se sont prêtées à ce "jeu," malgré le fait qu'elles ont souvent été dérangées dans leurs multiples occupations et que certaines questions concernaient leur vie privée et intime;
- des autorités administratives et coutumières et des responsables des services techniques régionaux et sous-régionaux des zones enquêtées pour la sollicitude et l'assistance matérielle et morale apportées aux différentes équipes qui ont sillonné leurs localités;
- des chauffeurs, des enquêtrices, des contrôleuses et des chefs d'équipes pour leur courage et leur patience malgré les conditions difficiles dans lesquelles ils ont travaillé;
- de toute l'équipe technique nationale de l'EDSN qui, malgré sa diversité, a su veiller au bon déroulement de toutes les opérations;
- de l'expertise internationale, notamment des consultants de Macro International Inc., particulièrement Mr Bernard BARRERE qui en a été le superviseur et qui en a vécu tous les moments difficiles avec le personnel national, Dr Mohamed AYAD dont la bonne humeur a été un levier d'encouragements pour l'équipe nationale à des moments critiques, Mlle. Thanh LE qui, par son expérience, a permis la maîtrise des questions de sondage, Mrs Nourredine ABDERRAHIM et Trevor CROFT pour leur expertise informatique, de tout le personnel de Macro International Inc. et, en particulier, Kaye MITCHELL qui a eu la lourde charge d'assurer la composition finale de ce rapport;
- de tous les partenaires bailleurs de fonds avec une mention spéciale à l'USAID-NIAMEY qui a financé cette opération et surtout à Mr Carl S. Abdou RAHMAAN et à Mme Suzan WRIGHT pour la compréhension dont ils ont fait preuve à l'égard de la DSCN.

Que ceux qui n'ont pas été cité nommément ne l'interprètent pas comme un manque d'importance accordée au rôle qu'ils ont joué dans l'enquête. Ils sont tellement nombreux, ceux et celles qui ont permis que cette opération soit une réussite, qu'il faudrait des pages pour établir leur liste, alors que ces lignes de remerciements sont déjà si longues contrairement à la pratique. Qu'ils m'en excusent donc et qu'ils en soient tous et toutes grandement remerciés.

Le Directeur de la Statistique et des Comptes Nationaux
Directeur National de l'EDS-NIGER

IDRISSA ALICHINA KOURGUENI

RESUME

L'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN) a été exécutée par la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux en collaboration avec certaines Directions techniques du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, et avec l'assistance technique de Macro International Inc. Il s'agit d'une enquête par sondage, réalisée au niveau national, dont les objectifs étaient de fournir des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle. Cet ensemble d'informations, couplées aux résultats du Recensement Général de la Population (RGP) de 1988, fournissent une vue d'ensemble de la situation démographique et sanitaire du Niger.

Au cours de l'EDSN, réalisée sur le terrain entre mars et juin 1992, 5 242 ménages, 6 503 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 1 570 maris ont été enquêtés avec succès. Les caractéristiques de la population obtenues à partir de l'enquête ménage, en particulier la structure par âge et sexe et la répartition par milieu et région de résidence sont très proches des résultats du RGP 1988. Ceci témoigne de la bonne représentativité de l'échantillon de l'EDSN.

Les femmes nigériennes ont une fécondité très élevée, l'une des plus élevée en Afrique : avec les niveaux actuels, une femme donnera naissance en moyenne à 7,4 enfants durant sa vie féconde. L'une des principales caractéristiques de cette fécondité est sa précocité : une femme sur deux donne naissance à son premier enfant avant l'âge de 18 ans. Par ailleurs, les niveaux de fécondité présentent de fortes variations selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Les femmes du milieu rural (7,5 enfants par femme) donnent naissance, en moyenne, à 1,6 enfants de plus que celles de Niamey (5,9 enfants par femme). De même, les femmes sans instruction (7,5 enfants par femme) ont, en moyenne, plus de 1 enfant de plus que celles qui ont fréquenté l'école (6,3 enfants par femme).

Parmi les femmes de 15-49 ans, 86 pour cent étaient mariées au moment de l'enquête et, à partir de 30 ans, moins de 1 pour cent des femmes restent célibataire : ainsi, le mariage qui demeure le cadre presque exclusif de la procréation, est quasi universel au Niger. En outre, plus d'une femme mariée sur trois (36 pour cent) vit en union polygame. L'entrée en union est très précoce : à 18 ans, 89 pour cent des femmes sont déjà mariées et l'âge médian au premier mariage est de 15,1 ans. Les premiers rapports sexuels se produisent également très tôt (âge médian de 14,9 ans). Cette précocité des premiers rapports sexuels et du mariage expliquent la précocité de la fécondité. En outre, aucune tendance ne semble se dessiner dans le sens d'une modification de l'âge d'entrée en union, même si les femmes de Niamey et surtout celles ayant fréquenté l'école se marient plus tardivement (respectivement, âges médians de 16,2 et 17,1 ans) que les femmes du milieu rural et que celles sans instruction (âge médian de 15,0 ans).

Plus de trois femmes sur quatre (76 pour cent) connaissent au moins une méthode contraceptive, mais les méthodes traditionnelles, en particulier les gris-gris, sont mieux connus que les méthodes modernes (65 pour cent contre 58 pour cent). Malgré ce niveau de connaissance relativement élevé, seule une très faible proportion de femmes nigériennes (4 pour cent) utilisent la contraception; en outre, les méthodes modernes (2 pour cent) et traditionnelles (2 pour cent) sont utilisées en même proportion. Comme pour la fécondité, les niveaux d'utilisation de la contraception varient fortement selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. A Niamey, 21 pour cent des femmes mariées utilisent la contraception et la grande majorité d'entre elles utilisent une méthode moderne (17 pour cent), alors que la prévalence contraceptive n'est que de 2,5 pour cent en milieu rural. De même, 16 pour cent des femmes ayant fréquenté l'école utilisent une méthode de contraception, et surtout une méthode moderne (11 pour cent), alors que la prévalence n'atteint pas 4 pour cent parmi les femmes sans instruction.

Même si une part non négligeable de femmes non-utilisatrices de la contraception (15 pour cent) expliquent leur comportement par le fait qu'elles manquent d'informations, la majorité d'entre elles (51 pour cent) n'utilisent pas de méthodes parce qu'elles souhaitent avoir des enfants. Le désir d'enfants est donc très élevée : seulement 9 pour cent des enquêtées ont déclaré ne plus en vouloir et une proportion encore plus faible des maris interrogés (2 pour cent) ont exprimé le même souhait. En fait, si elles n'avaient que les enfants qu'elles désirent, les femmes nigériennes auraient une fécondité (7,1 enfants par femme) très proche de la fécondité actuelle (7,4 enfants par femme). Ainsi, si la demande potentielle totale en planification familiale concerne 24 pour cent des femmes, seule une faible part de cette demande (6 pour cent) est orientée vers la limitation des naissances, l'objectif principal étant d'espacer les naissances et non de les limiter.

L'EDSN fournit également un ensemble d'informations très importantes sur la santé et l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant.

Concernant les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour 30 pour cent seulement des naissances des cinq dernières années, la mère est allée en consultation prénatale; dans 23 pour cent des cas seulement, elle a reçu au moins une injection antitétanique pendant la grossesse; l'accouchement n'a eu lieu dans une formation sanitaire que pour 15 pour cent des naissances; un professionnel de la santé a assisté 15 pour cent des accouchements et une accoucheuse traditionnelle formée 18 pour cent des naissances : la grande majorité des naissances (67 pour cent) ont eu lieu sans l'assistance de personnel spécialisé, voire sans aucune assistance (17 pour cent). En outre, on constate d'énormes différences du point de vue du niveau d'instruction de la mère et surtout du point de vue du milieu de résidence : pour 86 pour cent des naissances, les mères ont bénéficié de soins prénatals en milieu urbain contre seulement 20 pour cent en milieu rural, et 70 pour cent des accouchements du milieu urbain ont été assistés par des professionnels de la santé contre seulement 5 pour cent en milieu rural.

La vaccination contre les maladies-cible du Programme Elargi de Vaccination (PEV), à savoir la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la polio, la rougeole et la fièvre jaune, est un facteur clé d'amélioration du taux de survie des enfants. D'après l'EDSN, parmi les enfants de 12 à 23 mois qui, selon les recommandations de l'OMS, devraient être tous vaccinés contre les maladies-cible du PEV, 40 pour cent seulement sont vaccinés contre la tuberculose, 20 pour cent ont reçu les trois doses de DTCoq et de polio, et 28 pour cent seulement sont vaccinés contre la rougeole. Seulement 1 enfant nigérien sur 7 a reçu toutes les vaccinations du PEV et, à l'opposé, 6 enfants sur 10 n'ont reçu aucune de ces vaccinations. Ces taux de couverture vaccinale déjà très faibles au niveau national, masquent d'importantes disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction des mères: si 46 pour cent des enfants du milieu urbain sont complètement vaccinés, ce taux de couverture vaccinale n'atteint que 8 pour cent en milieu rural où, à l'opposé, 79 pour cent des enfants n'ont reçu aucune vaccination. De même, 33 pour cent des enfants dont la mère a fréquenté l'école sont complètement vaccinés, contre 12 pour cent seulement des enfants de mère sans instruction.

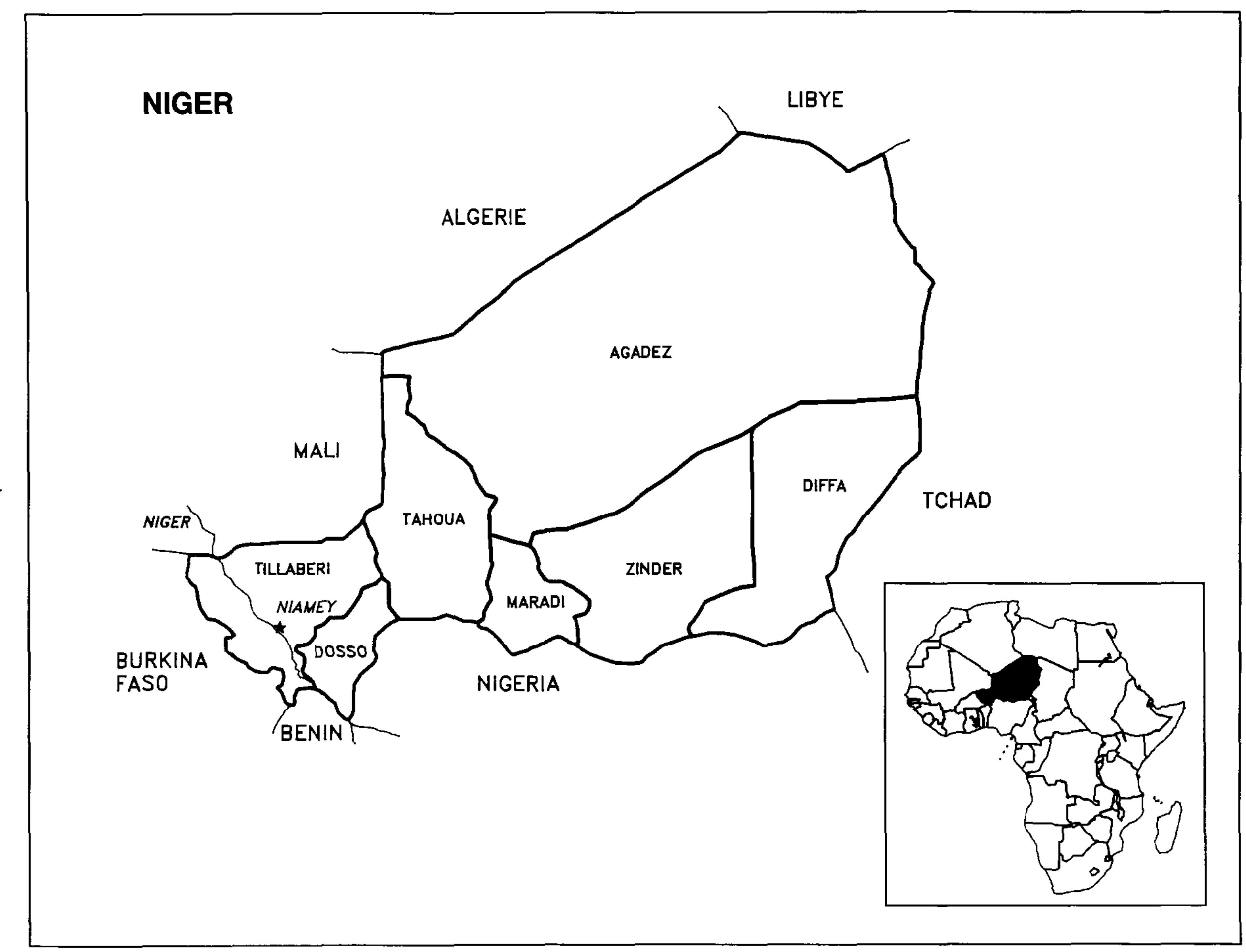
D'après les déclarations des mères, pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête, 11 pour cent des enfants de moins de 5 ans ont souffert de toux et de respiration courte et rapide, symptômes d'infections respiratoires aiguës, 45 pour cent des enfants ont souffert de fièvre qui peut être, dans de nombreux cas, un symptôme du paludisme, et 28 pour cent des enfants ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques. Quelle que soit la maladie, une très faible proportion d'enfants (moins de 14 pour cent) ont été menés en consultation lorsqu'ils étaient malades, et une forte proportion d'enfants atteints (39 pour cent et plus) n'ont reçu aucun traitement. En particulier, 3 enfants sur 4, atteints de diarrhée, n'ont bénéficié d'aucune forme de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), alors que 57 pour cent des femmes ont déclaré connaître les sachets de SRO.

La quasi-totalité des enfants nigériens nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (98 pour cent) ont été allaités, mais une très faible proportion d'entre eux (20 pour cent) ont été mis au sein dès la naissance. Alors que jusqu'à l'âge de 4-6 mois tous les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein, seulement 1 pour cent des enfants nigériens sont exclusivement allaités. Dès le premier mois les enfants reçoivent différents types de laits, de liquides et même d'aliments solides ou en bouillie, ce qui affecte leur état nutritionnel et augmente leur risque de contracter des maladies infectieuses. En moyenne, et quelle que soit les caractéristiques de la mère, les enfants sont allaités pendant environ 20 mois.

Près d'un enfant sur trois (32 pour cent) est atteint d'un retard de croissance qui révèle un état de sous-nutrition chronique, et près de la moitié de ces enfants sont affectés par la forme sévère de cette sous-nutrition. Près d'un enfant sur six (16 pour cent) est émacié, c'est-à-dire atteint de sous-nutrition aiguë. Cette situation nutritionnelle des enfants, déjà très préoccupante au niveau national, est encore plus alarmante au niveau de certaines sous-populations : ainsi, le retard de croissance atteint 43 pour cent des enfants du département de Maradi et 38 pour cent des enfants des départements de Zinder/Diffa, et l'émaciation affecte 19 pour cent des enfants du département de Tillabéri et 18 pour cent des enfants du département de Maradi.

Conséquence d'une situation sanitaire déficiente et d'un mauvais état nutritionnel, la mortalité des enfants nigériens est l'une des plus élevée au monde. Sur mille enfants qui naissent, 123 décèdent avant le premier anniversaire et, sur mille enfants qui atteignent 1 an, 223 décèdent avant l'âge de 5 ans. Globalement, 1 enfant sur 3 décède entre la naissance et le cinquième anniversaire. Cette très forte mortalité qui semble n'avoir que peu évolué durant les quinze dernières années, présente, en outre, de fortes variations selon les caractéristiques des mères. C'est ainsi qu'entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité est deux fois plus élevée en milieu rural (347 pour mille) qu'à Niamey (157 pour mille) et qu'elle varie de 208 pour mille pour les enfants dont la mère a fréquenté l'école à 334 pour mille pour les enfants de mère sans instruction.

Autre conséquence de cette situation sanitaire déficiente, les femmes courent un risque élevé de décéder par cause maternelle. Pour la période 1979-1992, 39 pour cent des décès de femmes se produisant aux âges de procréation sont imputables à des causes maternelles. Pour la même période, on estime que le taux de mortalité maternelle se situait entre 650 et 700 décès maternels pour 100 000 naissances : exprimé différemment, cela signifie qu'une femme court un risque de 1 sur 20 de décéder par cause maternelle durant sa vie féconde.


NIGER
LIBYE
ALGERIE
AGADEZ
MALI
DIFFA
TCHAD
NIGER
TAHOUA
TILLABERI
ZINDER
MARADI
NIAMEY
DOSSO
BURKINA FASO
NIGERIA
BENIN

CHAPITRE 1

CARACTERISTIQUES DU PAYS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Ce premier chapitre a pour but de présenter les principales caractéristiques du Niger ainsi que la méthodologie de l'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN). Ces informations permettront sans aucun doute de mieux saisir le contexte dans lequel s'est déroulée l'EDSN et, ainsi, de mieux situer les résultats obtenus.

1.1 CARACTERISTIQUES DU PAYS

Cette première partie s'articule autour des points suivants :

- organisation politico-administrative
- situation géographique
- situation socio-économique
- situation démographique
- politique de population.

1.1.1 Organisation politico-administrative

A l'exemple d'autres pays africains, le Niger a été conquis par les Français. L'occupation coloniale ne fut effective sur l'ensemble du pays que vers le début du XIXème siècle. Le pays était d'abord désigné sous le nom du territoire militaire puis il devint une colonie à partir de 1922.

Après le référendum sur la Communauté Franco-Africaine, la République du Niger fut proclamée le 18 décembre 1958. Deux ans après, le 3 août 1960, le Niger devenait indépendant et, le 8 octobre 1960, la constitution qui donnait au pays un régime de type présidentiel était adoptée. Après 31 ans de pouvoir monopartite, plusieurs partis politiques ont été créés et autorisés à exercer librement leurs activités sur le territoire nigérien.

Depuis la réforme administrative du 5 novembre 1964, le Niger est subdivisé en départements, les départements en arrondissements et ces derniers en postes administratifs et/ou cantons/groupements. Le Niger compte sept départements administrés par des Préfets : Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri et Zinder. Il faut noter également que le chef-lieu de département de Niamey a été transféré à Tillabéri en 1988 et que Niamey a été réorganisé par la création et l'installation de trois communes urbaines : l'ensemble de ces trois communes constitue la Communauté Urbaine de Niamey (CUN), qui est dirigée par un Préfet-Président. Les arrondissements, au nombre de 35, sont dirigés par des Sous-Préfets. A l'intérieur de certains arrondissements, des postes administratifs ont été créés.

1.1.2 Situation géographique

Le Niger, avec une superficie de 1 267 000 km^2, est un pays continental situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest. Il s'étend, entre les 11ème et 23ème degrés de latitude nord et entre le Méridien de Greenwich et 16ème degré de longitude est. Le Niger est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par le Nigéria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina-Faso et au nord-ouest par le Mali.

Du point de vue climatique, le Niger est caractérisé par un climat tropical de type soudanien qui alterne entre deux saisons, une longue saison sèche d'octobre à mai et une courte saison de pluies de mai à

septembre. Les températures moyennes les plus élevées sont enregistrées entre mars et avril où elles dépassent les 40°C, tandis que les plus basses le sont de décembre à février où elles peuvent descendre en-dessous 10°C.

Le territoire est partagé en trois zones climatiques :

- au nord une immense *zone saharienne*, couvrant les 3/5 du pays, peuplée essentiellement de nomades et renfermant les principaux minerais exploités;

- au centre une *zone sahélienne* qui reçoit des précipitations moyennes de 200 à 300 mm d'eau par an;

- au sud une *zone soudanienne*; c'est la partie la plus arrosée du pays avec des hauteurs moyennes de pluie de 300 à 650 mm par an. Zone à vocation agricole, elle est caractérisée par une végétation de savane et elle est consacrée à des cultures de mil, de sorgho, de maïs et d'arachides.

Le relief nigérien est peu contrasté. Au nord-est, les hauts plateaux (800 à 1 000 m d'altitude) sont bordés d'escarpements qui en rendent l'accès difficile. A l'ouest et au sud se trouvent de bas plateaux (200 à 500 m d'altitude), tandis qu'au nord du 17ème parallèle s'étend le massif de l'Aïr bordé, à l'ouest et au sud, par une dépression périphérique.

Le Niger ne possède qu'un seul cours d'eau permanent, le fleuve *Niger*, qui traverse le pays sur une longueur d'environ 500 km dans sa partie ouest. On trouve aussi quelques lacs permanents dont le principal, le Lac Tchad, est situé à la pointe sud-est du pays et plusieurs rivières semi-permanentes dont les affluents de la rive droite du Niger à l'ouest et la Komadougou Yobé au sud-est.

1.1.3 Situation socio-économique

Le Niger, à l'instar des autres pays en voie de développement et, en particulier, de ceux du sahel, se trouve confronté aujourd'hui à de graves difficultés qui entravent son développement économique et social du fait de l'environnement économique international défavorable, caractérisé par la détérioration des termes de l'échange qui s'ajoute aux contraintes naturelles telles que la sécheresse.

L'économie nigérienne repose essentiellement sur l'agriculture. En 1988, la valeur ajoutée agricole représentait en effet près du quart du Produit Intérieur Brut (PIB) réel aux prix de marché. En 1991, le PIB par tête était estimé à 82 000 Francs CFA (soit environ 328 $ US).[1]

Selon le Recensement Général de la Population (RGP) de 1988, la population active représentait 53 pour cent de la population potentiellement active (10 ans et plus). La population nigérienne est, dans son ensemble, rurale à 85 pour cent; il en est de même pour la population active (87 pour cent).

Toujours selon le RGP de 1988, le taux brut de scolarisation[2] était de 24 pour cent, ce taux étant nettement plus faible chez les filles (18 pour cent) que chez les garçons (28 pour cent). Par ailleurs, on constate toujours de fortes inégalités entre les milieux urbain et rural. Le taux brut d'alphabétisation (toute langue confondue) était de 13 pour cent en 1988 (9 pour cent pour le français et 4 pour cent pour les langues nationales).

---

[1] 1 $ US vaut environ 250 Francs CFA.

[2] Rapport de la population scolarisée dans le primaire à la population des 7-12 ans.

En matière de santé, selon le Ministère de la Santé Publique (MSP), le pays comptait en 1990-91 : 1 médecin pour 50 000 habitants; 17 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-45 ans); 3 hôpitaux nationaux et 5 hôpitaux régionaux; 2 419 lits d'hospitalisation et 826 lits de maternité.

1.1.4 Situation démographique

Avant l'indépendance, aucune opération de collecte de données démographiques, au plan national, n'avait été réalisée au Niger. Les informations démographiques disponibles provenaient essentiellement des recensements administratifs et de l'état civil, données incomplètes et peu fiables. Dès le lendemain de l'indépendance, deux enquêtes démographiques ont été réalisées: l'une en zone sédentaire (1959-60) et l'autre en zone pastorale (1963-1964). Pendant cette même période, d'autres enquêtes socio-économiques (enquête agricole et enquête budget-consommation) ont été réalisées.

En 1977, le Niger a réalisé son premier Recensement Général de la Population (RGP) qui a constitué la principale source de données sur l'état et la structure de la population nigérienne jusqu'en 1988. En effet, en 1988, le Niger réalisait son deuxième Recensement Général de la Population (RGP). En outre, en 1986, une Enquête sur la Mortalité Infantile et Juvénile (EMIJ) était exécutée au niveau national.

L'état civil, en révision depuis 1985, se développe lentement, mais son utilisation statistique reste toujours limitée parce que, d'une part, deux événements seulement (naissances et décès) sont enregistrés et que, d'autre part, le taux d'enregistrement de ces événements reste relativement faible (estimé à 60 pour cent pour les naissances et 40 pour cent pour les décès).

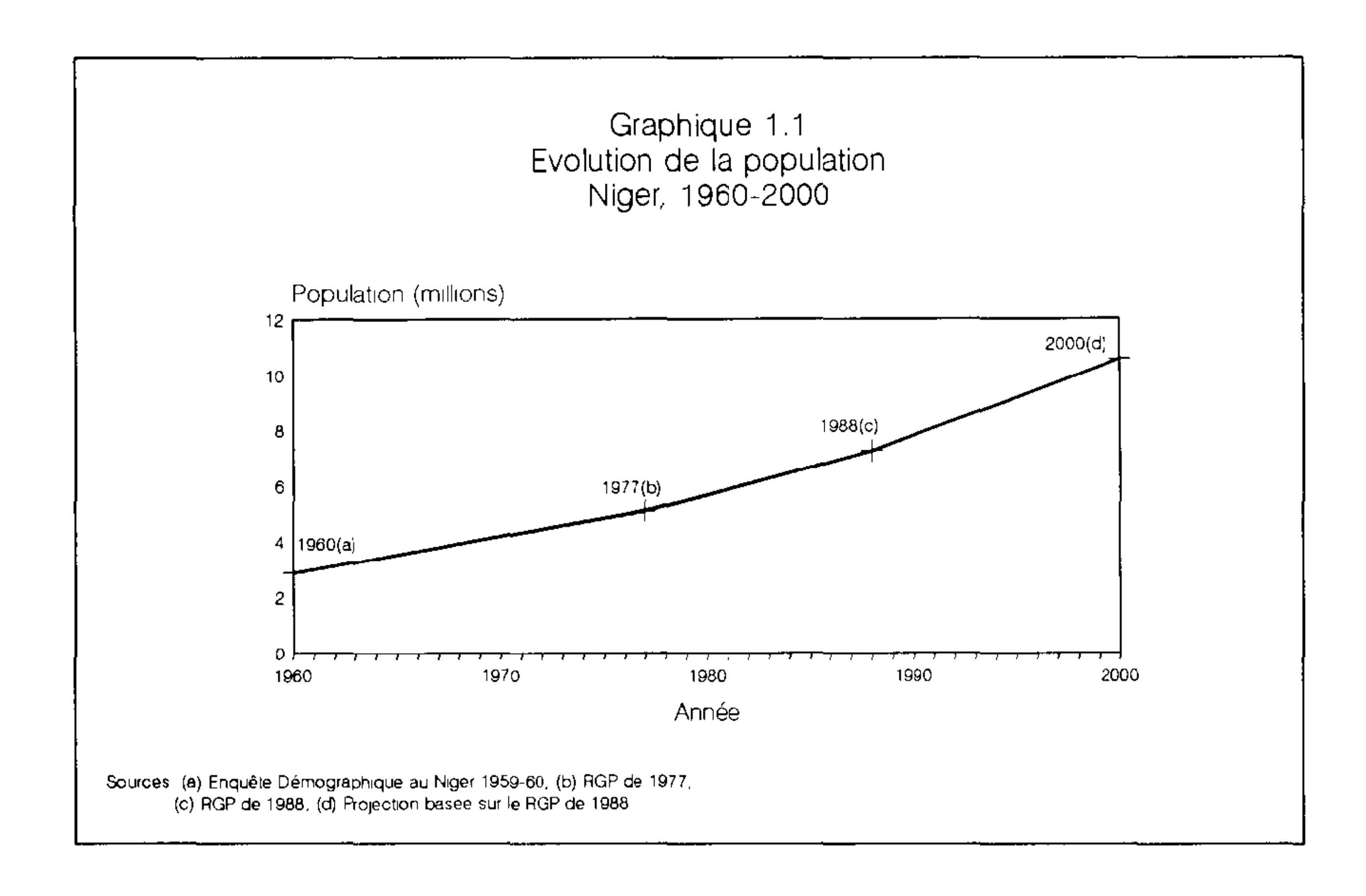
Le Tableau 1.1 fait ressortir les principaux indicateurs démographiques tels qu'ils ont été évalués en 1959-60 (DSCN, 1960), 1977 (BCR, 1978) et 1988 (BCR, 1992).

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	1959-60[a]	1977	1988
Population totale	2 876 000	5 102 990[a]	7 251 626
Taux brut de natalité (p. 1 000)	50-55	54[b]	52[a]
Indice Synthétique de Fécondité	6,1	-	7,1[a]
Taux brut de mortalité (p. 1 000)	27	22[b]	20[a]
Taux de mortalité infantile (p. 1 000)	200-250	187[b]	138-158[a]
Espérance de vie (e_0, en années)	37	41[b]	47[a]

(-) Données non disponibles
[a]Données ajustées
[b]Estimations
Sources:
1959-60: Enquête démographique du Niger (DSCN, 1960)
1977: Recensement Général de la Population (BCR, 1978)
1988: Recensement Général de la Population (BCR, 1992)

La population nigérienne est caractérisée par une croissance très rapide : elle est ainsi passée de 2 876 000 habitants en 1960 à 7 251 626 en 1988 (voir Graphique 1.1). Le taux de croissance de la population, estimé à 2,5 pour cent en 1960, était estimé à 3,3 pour cent en 1988. A ce rythme la population du Niger doublerait tous les 21 ans, si la tendance actuelle se maintenait. Cette croissance rapide de la population du Niger est le résultat d'une fécondité qui est restée à un niveau très élevé depuis l'indépendance. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) se situe toujours autour de 7 enfants par femme; quant au taux brut de natalité, un des plus élevé au monde, il est demeuré à un niveau approximatif de 52 pour mille. A l'opposé, le taux brut de mortalité aurait enregistré une baisse depuis l'Indépendance, passant de 27 pour mille en 1960 à 20 pour mille en 1988. En outre, la population se caractérise par sa jeunesse : selon le RGP de 1988, 49 pour cent des habitants ont moins de 15 ans.



De par sa superficie (1 267 000 km^2), le Niger est le pays le plus vaste d'Afrique de l'Ouest après le Tchad. L'une des caractéristiques majeures du pays est l'inégale répartition de sa population. Sa densité qui est parmi les plus faibles d'Afrique de l'Ouest est de 5,7 habitants au km^2. Mais il faut souligner que cette densité ne rend pas réellement compte de la distribution spatiale de la population. En effet, le département d'Agadez couvrant à lui seul plus de la moitié de la superficie du pays (53 pour cent) n'abrite que 3 pour cent de la population avec une densité de 0,3 habitants au km^2, tandis que le département de Tillabéri (y compris la Communauté Urbaine de Niamey), sept fois moins étendu que le département d'Agadez, abrite dix fois plus d'habitants que celui-ci. La croissance de la population urbaine au Niger s'est accélérée de manière importante pendant ces trente dernières années. En 1960, environ 5 pour cent de la population nigérienne vivait dans les zones urbaines. Cette proportion est passée à 13 pour cent en 1977 pour atteindre 15 pour cent en 1988.

1.1.5 Politique de population

Le Niger a officiellement défini une politique en matière de population. Celle-ci a été adoptée par le Gouvernement le 20 février 1992 et par le Haut Conseil de la République (HCR) le 10 juin 1992. Pour sa mise en oeuvre, un Comité Technique National sur la Population (CTNP) est en train d'élaborer le premier programme d'actions et d'investissements prioritaires.

L'élaboration de cette politique de population est la manifestation de la volonté du Niger de traduire par des actes concrets et cohérents, les engagements pris par l'Etat au niveau national, régional et international, sur les questions de population et de développement.

Au Niger, la politique de population fait partie intégrante de la politique de développement économique et social. Ainsi, son but essentiel est d'améliorer la qualité et le niveau de vie de la population. Dans le cadre de cette politique de population, plusieurs objectifs ont été définis :

- améliorer l'état sanitaire et nutritionnel de la population et réduire les niveaux de morbidité et de mortalité;
- améliorer le cadre de vie des populations;
- améliorer la rentabilité du système éducatif;
- améliorer la situation des couches sociales les plus vulnérables, en particulier, celle des femmes, des jeunes et des couches les plus défavorisées;
- améliorer la collecte des données et la recherche en matière de population.

Il faut préciser aussi qu'à partir de ces objectifs globaux, des objectifs spécifiques et des stratégies permettant d'atteindre ces objectifs ont été dégagés.

1.2 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU NIGER

1.2.1 Cadre institutionnel et objectifs

Le travail de collecte des données sur le terrain de l'EDSN a été réalisé entre mars et juin 1992 par la Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN) en collaboration avec les Directions techniques du Ministère de la Santé Publique et du Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, avec l'assistance technique de Macro International, Inc.

Cette enquête, qui entre dans le cadre du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)(ou Demographic and Health Surveys - DHS), a bénéficié d'un financement de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ont également fourni une assistance matérielle et financière.

Conformément au programme international des EDS, l'EDSN vise les objectifs suivants :

1. recueillir, à l'échelle nationale, les données permettant de calculer des taux démographiques et plus particulièrement les taux de fécondité et de mortalité infantile;
2. analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la fécondité;
3. analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent le niveau et les tendances de la mortalité;

4. mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, par milieu d'habitat et selon les secteurs de distribution de la contraception;
5. recueillir des données de qualité sur la santé familiale; pour les enfants de moins de 5 ans : vaccination contre les 6 maladies du Programme Elargi de Vaccination (PEV), prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies, mortalité infantile et juvénile; pour les femmes en âge de procréation : visites prénatales, assistance à l'accouchement et allaitement au sein;
6. mesurer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans (mesures anthropométriques : taille et poids);
7. développer au niveau du pays les capacités et les ressources nécessaires à la réalisation périodique d'enquêtes démographiques et de santé.

1.2.2 Personnel et calendrier des activités de l'EDSN

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs assignés à l'EDSN, une Direction Nationale a été mise en place sous l'autorité d'un Directeur National. Le Directeur National était assisté par un Directeur Technique qui s'occupait de toutes les questions techniques; il encadrait les superviseurs ainsi que le personnel d'enquête; il assurait aussi la coordination générale des travaux informatiques.

D'autre part, des consultants nationaux ont effectué la traduction des questionnaires dans les deux principales langues nationales (le haoussa et le djerma) ainsi que la formation du personnel de terrain dans ces deux langues. Enfin il faut préciser que ce travail de l'équipe de l'EDSN a été complété par une assistance technique internationale dans plusieurs domaines (sondage, conception des questionnaires, formation du personnel d'enquête, traitement et analyse des données).

Le recrutement et la formation du personnel de terrain se sont effectués en trois étapes, le dénombrement, le pré-test et l'enquête principale.

Pour le dénombrement, compte tenu de la complexité de l'opération, 19 agents ont été recrutés parmi les agents de la DSCN et parmi les contractuels ayant déjà effectué la cartographie du RGP de 1988.

Pour le pré-test, 20 agents dont 16 des différents départements du pays et 4 de la DSCN ont été retenus pour suivre une formation de 21 jours. La formation en langues traditionnelles a été assurée par des spécialistes du Centre de Formation des Cadres de l'Alphabétisation (CFCA). Pour les travaux de terrain du pré-test, deux zones d'enquêtes ont été retenues : le quartier Boukoki IV (Communauté Urbaine de Niamey) pour le milieu urbain et les villages de Saguia, Diamoyé, Kollo haoussa et Kollo djerma pour le milieu rural. D'une manière générale, le pré-test a permis d'identifier plusieurs problèmes concernant la formulation de certaines questions, la présentation des questionnaires et la traduction en langues traditionnelles.

En ce qui concerne l'enquête principale, le recrutement s'est effectué de la manière suivante:

- les membres de l'équipe technique de l'EDSN, sélectionnés au niveau de la DSCN, ont assuré la supervision des activités de terrain. Il faut préciser que l'équipe technique était composée d'un épidémiologiste du Ministère de la Santé Publique, d'une sociologue du Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme, de statisticiens et démographes de la DSCN et d'une démographe consultante;

- les chefs d'équipe et les contrôleuses (16 au total) ont été sélectionnés parmi les cadres des régions ayant effectué le pré-test;

- les enquêtrices (au nombre de 33) ont été sélectionnées au niveau de la Communauté Urbaine de Niamey, après la formation et d'après leurs résultats aux différents tests d'aptitude.

La formation qui a duré quatre semaines consistait, d'une part, en des exposés théoriques concernant les techniques d'enregistrement des informations et d'interview et, d'autre part, en des exercices sur la façon de remplir les questionnaires. Les cours étaient donnés en français et, par la suite, des compléments de formation ont été donnés en haoussa et djerma par des cadres de l'alphabétisation. En outre, des cadres du Ministère de la Santé sont intervenus durant la formation pour donner aux enquêtrices des informations sur le planning familial et la santé de la mère et des enfants. Après cette formation théorique, une formation sur le terrain s'est déroulée dans trois centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Niamey pour que les enquêtrices pratiquent la prise des mesures anthropométriques.

L'organigramme, la liste du personnel et le calendrier de l'EDSN sont donnés aux Annexes A et B.

1.2.3 Echantillonnage

Pour les besoins de l'EDSN, l'échantillon-cible était de 6 000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). L'échantillon est stratifié, pondéré et représentatif au niveau national, au niveau des milieux de résidence et des régions de résidence.[3]

L'échantillon a été sélectionné de la manière suivante :

- au premier degré, 235 grappes, constituant les unités primaires de sondage, ont été tirées à partir des 4 479 Zones de Dénombrement (ZD) du RGP de 1988, de façon systématique à l'intérieur de chaque strate (Niamey, les "autres villes" et le rural), avec une probabilité proportionnelle à la taille de la ZD, à savoir le nombre de ménages de la ZD;

- au deuxième degré, un échantillon de ménages a été sélectionné à partir de la liste de ménages établie lors de l'opération de dénombrement de chacune des 235 grappes sélectionnées.

Toutes les 235 grappes sélectionnées ont pu être enquêtées au cours de l'EDSN, le nombre de ménages sélectionnés dans chaque grappe variant de 10 à 45. Au total, 5 819 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 5 500 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 5 500 ménages, 5 242 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 pour cent comme l'indique le Tableau 1.2.

Dans les 5 242 ménages enquêtés, 6 750 femmes ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle, et un sous-échantillon de 1 843 maris de femmes éligibles a été sélectionné pour l'enquête mari (Tableau 1.2). Parmi les femmes éligibles, 6 503 ont été enquêtées avec succès, soit un taux de réponse de 96 pour cent. Parmi les 1 843 maris éligibles, 1 570 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 85 pour cent.

---

[3] Dans la suite de ce rapport, les résultats seront présentés par département, sauf pour les départements de Tahoua, d'Agadez, de Diffa et de Zinder qui ont été regroupés de la façon suivante: Tahoua/Agadez et Zinder/Diffa. Ces regroupements ont été effectués pour pouvoir disposer de résultats statistiquement représentatifs.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des maris sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Résidence				
Enquête	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1094	1167	2261	3558	5819
Nombre de ménages identifiés	1023	1102	2125	3375	5500
Nombre de ménages enquêtés	978	1060	2038	3204	5242
Taux de réponse	95,6	96,2	95,9	94,9	95,3
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1392	1401	2793	3957	6750
Nombre de femmes enquêtées	1347	1349	2696	3807	6503
Taux de réponse	96,8	96,3	96,5	96,2	96,3
Enquête individuelle mari					
Nombre de maris éligibles	315	360	675	1168	1843
Nombre de maris enquêtés	246	289	535	1035	1570
Taux de réponse	78,1	80,3	79,3	88,6	85,2

1.2.4 Questionnaires

L'EDSN a utilisé quatre types de questionnaires :

- un questionnaire ménage
- un questionnaire individuel femme
- un questionnaire individuel mari
- un questionnaire communautaire.

Les questionnaires individuels ont été traduits dans les deux principales langues du pays, le haoussa et le djerma.

Le questionnaire ménage permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter, à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction... En outre, par le biais du questionnaire ménage, sont collectées quelques caractéristiques des logements devant servir à évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes qui seront enquêtées individuellement.

Cependant, l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles et, éventuellement, de leur mari; le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

Le questionnaire individuel femme qui constitue le coeur de l'EDSN a été élaboré sur la base du questionnaire Modèle B de DHS (questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive).

Il comprend également une page de couverture, similaire à celle du questionnaire ménage, sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les neufs sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- **Caractéristiques socio-démographiques** : cette section comprend trente questions qui portent sur le lieu de résidence, l'âge, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité et la religion.

- **Reproduction** : cette deuxième section qui comprend vingt-huit questions permet de collecter des informations au sujet des naissances que la femme a eues durant sa vie (enfants nés vivant, enfants décédés), au sujet de l'état de grossesse au moment de l'enquête, des date et durée de menstruation, de l'âge de la femme aux premières règles et de la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel.

- **Connaissance et utilisation de la contraception** : trente-neuf questions composent cette section qui permet de recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation des diverses méthodes contraceptives.

- **Grossesse et allaitement, vaccination et santé des enfants** : deux sous-parties composent cette section : la première qui comporte quarante questions permet d'obtenir des informations concernant la période de la grossesse, les soins prénatals, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance du nouveau-né. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels. La deuxième sous-partie, de cinquante-deux questions, porte sur la vaccination et la santé des enfants. Il s'agit de la fréquence et du traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans.

- **Nuptialité** : cette section comporte dix-sept questions qui permettent de saisir l'état matrimonial de la femme, la cohabitation avec le mari lorsqu'elle est mariée, le régime de mariage et l'activité sexuelle.

- **Préférences en matière de fécondité** : cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle préféré et idéal entre les naissances, et l'attitude du mari concernant la taille de la famille.

- **Caractéristiques du conjoint et activité économique de la femme** : à ce niveau, seize questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes.

- **Mortalité maternelle** : cette section vise à obtenir des informations sur les décès provoqués par les grossesses et/ou les accouchements. On pose des questions concernant tous les frères et soeurs de la femme enquêtée.

- **Etat nutritionnel des mères et des enfants de moins de 5 ans** : cette section est réservée aux mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants âgés de moins de cinq ans.

Le questionnaire mari qui est une forme simplifiée du questionnaire individuel femme permet de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception, et sur les opinions des maris en matière de fécondité, de taille de la famille et de planification familiale.

Le questionnaire communautaire a pour objectif de recueillir quelques informations sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires disponibles pour les 235 grappes sélectionnées.

1.2.5 Collecte des données

Après une formation de quatre semaines environ, huit équipes composées de quatre enquêtrices, une contrôleuse, un chef d'équipe et un chauffeur ont visité les 235 zones de dénombrement sélectionnées pour réaliser l'enquête principale. Au total, il a fallu près de quatre mois aux équipes (du 4 mars au 30 juin 1992) pour mener à bien cette tâche.

Dans le cadre du suivi des travaux sur le terrain, des missions de supervision ont été organisées régulièrement. Ces missions avaient pour but d'apprécier les conditions de travail de chaque équipe, de contrôler la qualité du travail, de résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les équipes, de contrôler les moyens mis à leur disposition, de les ravitailler en matériel et de ramener à Niamey les questionnaires des grappes enquêtées.

1.2.6 Exploitation des données

L'exploitation des données de l'EDSN s'est déroulée en quatre étapes :

a) *Vérification* : la vérification consistait en un contrôle d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle sommaire de la cohérence des données. Ce travail, exécuté par quatre agents de vérification sous l'autorité d'un superviseur, a commencé trois semaines après le début de la collecte et a été mené parallèlement aux travaux de terrain. Cette vérification a permis d'améliorer la qualité des données recueillies.

b) *Saisie/édition des données* : l'ensemble des opérations de saisie et d'apurement des données, ainsi que la tabulation ont été réalisées à la DSCN, sur micro-ordinateurs au moyen du logiciel ISSA (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International Inc.

La saisie a été effectuée par six agents de saisie. Ces agents ont été formés en même temps que les enquêtrices avant de suivre leur propre formation sur micro-ordinateurs. A la suite de la saisie, les membres de l'équipe technique ont procédé à l'édition des données, à savoir la vérification de la cohérence interne des réponses contenues dans les questionnaires.

Pour apprécier la qualité des données et réduire le taux d'erreurs lors de la saisie, une double saisie était prévue par un autre agent. Cette double saisie a concerné dix pour cent des grappes.

c) *Apurement* : après la saisie et l'édition des données d'une grappe, un programme de contrôle était exécuté pour vérifier la cohérence interne des réponses. A ce stade tous les fichiers de grappes sont fusionnés en un seul et unique fichier.

b) *Tabulation* : il s'agit du développement et de l'exploitation des programmes destinés à fournir les tableaux de base nécessaires à l'élaboration du rapport préliminaire et du rapport final.

L'ensemble des opérations de contrôle et de nettoyage de fichier ainsi que la tabulation des données ont été réalisées au moyen du logiciel ISSA.

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES DES MENAGES ET DES ENQUETEES

Ce chapitre est consacré à l'analyse des principales caractéristiques des personnes enregistrées dans le questionnaire ménage et à l'analyse des caractéristiques de base des femmes ayant fait l'objet d'une enquête individuelle. Ainsi, il comporte deux grandes parties :

- une première partie qui examine les résultats de l'enquête ménage, notamment les principales caractéristiques démographiques (structure de la population et composition des ménages) et socio-économiques (caractéristiques de leur habitat et des biens qu'elles possèdent) des populations enquêtées;

- une deuxième partie qui porte sur l'enquête individuelle et qui est consacrée notamment aux caractéristiques démographiques et socio-culturelles des femmes enquêtées : il s'agit de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau d'instruction, du milieu et de la région de résidence, de la religion et de la nationalité.

2.1 ENQUETE MENAGE

L'enquête ménage a porté sur un échantillon de 5 242 ménages interviewés avec succès. Les données obtenues permettent de disposer de résultats sur la structure de la population, la composition des ménages, les caractéristiques de leur habitat ainsi que des biens qu'ils possèdent. Nous examinerons d'abord les caractéristiques de la population des ménages enquêtés.

2.1.1 Caractéristiques de la population des ménages

En examinant le Tableau 2.1 présentant la structure de la population des ménages par âge et sexe, selon le milieu de résidence, on constate que 31 627 personnes ont été dénombrées dans le cadre de l'enquête ménage. Les femmes représentent 51,6 pour cent et les hommes 48,4 pour cent, ce qui est assez voisin des proportions trouvées au RGP de 1988 (respectivement 50,4 et 49,6 pour cent). Du point de vue du milieu de résidence, il apparaît que 82 pour cent des personnes enquêtées résident en milieu rural contre 18 pour cent en milieu urbain : au RGP de 1988, ces proportions étaient respectivement de 85 et 15 pour cent. Au Tableau 2.2 figure la répartition de la population par grand groupe d'âges selon l'EDSN et le RGP de 1988. A la lecture de ce tableau, il apparaît que la population nigérienne est extrêmement jeune, puisque les moins de 15 ans représentent près de la moitié de la population totale. Le fait que les répartitions en grand groupe d'âges soit presque identique à l'EDSN et au RGP de 1988 témoigne de la bonne représentativité de l'échantillon de L'EDSN.

L'examen de la pyramide des âges (Graphique 2.1) et de la courbe du rapport de masculinité selon l'âge (Graphique 2.2) permettent d'apprécier la structure par âge et sexe de la population enquêtée :

- la base de la pyramide, très large, et la décroissance rapide des effectifs avec l'augmentation en âge sont caractéristiques d'une population très jeune à forte fécondité.

- une dissymétrie de la pyramide, qui se traduit par un déséquilibre de la courbe du rapport de masculinité, est observée en faveur du sexe masculin pour les groupes d'âges 0-4 ans, 40-49 ans et 60 ans et plus. Ces irrégularités s'expliquent, en partie, par une moins bonne déclaration des âges des femmes par rapport aux hommes et par le phénomène d'attraction

des âges ronds. En particulier, le déficit de femmes constaté à 45-49 ans est dû à un transfert (volontaire ou non) des âges vers le groupe d'âges 50-54 ans. Par contre, le "creux" constaté en faveur du sexe féminin entre 15 et 40 ans s'explique en grande partie par la migration importante des hommes vers les pays voisins.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge et sexe

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages par groupe d'âges quinquennal, selon le milieu de résidence et le sexe, EDS Niger 1992

	Urbain			Rural			Total		
Groupe d'âges	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
0-4	18,2	17,7	18,0	21,4	17,5	19,4	20,8	17,6	19,1
5-9	16,2	16,7	16,4	18,1	17,1	17,6	17,8	17,0	17,4
10-14	13,8	14,4	14,1	13,1	12,7	12,9	13,2	13,0	13,1
15-19	10,9	10,0	10,4	8,4	8,7	8,5	8,9	8,9	8,9
20-24	8,4	8,3	8,4	5,1	7,3	6,2	5,7	7,5	6,6
25-29	7,2	7,9	7,5	5,4	8,4	7,0	5,7	8,3	7,1
30-34	6,3	6,5	6,4	4,8	6,2	5,5	5,1	6,2	5,7
35-39	4,4	4,9	4,7	4,1	4,8	4,5	4,2	4,9	4,5
40-44	3,6	3,2	3,4	4,0	3,5	3,7	3,9	3,5	3,7
45-49	2,9	2,1	2,5	3,2	2,3	2,7	3,1	2,2	2,7
50-54	2,2	2,6	2,4	3,0	3,7	3,4	2,8	3,5	3,2
55-59	1,7	1,5	1,6	2,1	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
60-64	1,5	1,6	1,5	2,5	2,1	2,3	2,3	2,0	2,2
65-69	0,6	0,8	0,7	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
70-74	0,5	0,7	0,6	1,4	1,0	1,2	1,2	1,0	1,1
75-79	0,3	0,3	0,3	0,7	0,4	0,6	0,6	0,4	0,5
80 ou +	0,5	0,9	0,7	1,2	0,8	1,0	1,1	0,8	0,9
Non déterminé/NSP	0,8	0,0	0,4	0,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2755	2800	5555	12555	13517	26072	15310	16317	31627

Tableau 2.2 Population par âge selon différentes sources

Répartition (en %) de la population par âge, RGP 1988 et EDS Niger 1992

Groupe d'âges	RGP 1988	EDSN 1992
<15 ans	49,5	49,6
15-64	47,4	46,6
65 ou +	3,1	3,7
ND	-	0,2
Total	100,0	100,0
Age médian	-	15,1

Source: 1988: Recensement Général de la Population (BCR, 1992)

Graphique 2.1
Pyramide des âges de la population
Niger, 1992

Ages

80+
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4

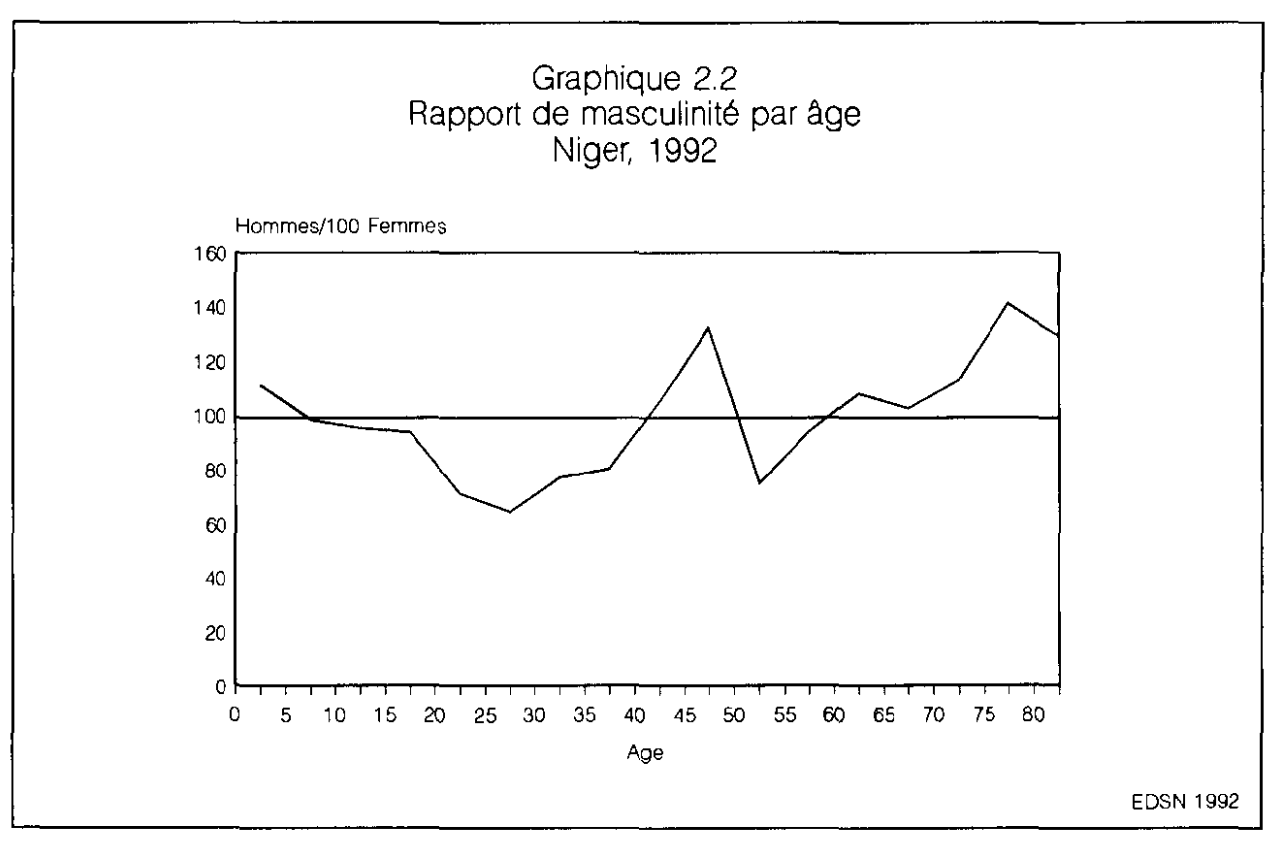
Sexe Masculin

Sexe Féminin

12 10 8 6 4 2 0 2 4 6 8 10 12

Pourcentage

EDSN 1992



Graphique 2.2
Rapport de masculinité par âge
Niger, 1992

D'après le Tableau 2.3, dans leur grande majorité, les chefs de ménage sont des hommes (91 pour cent); au RGP de 1988, cette proportion était de 90 pour cent. Par ailleurs, il convient de souligner que la proportion de ménages ayant à leur tête des femmes est beaucoup plus importante en milieu urbain (16 pour cent) qu'en milieu rural (8 pour cent).

Tableau 2.3 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages par sexe du chef de ménage, taille de ménage, lien de parenté avec le chef de ménage, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Caractéristique	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Chef de ménage					
Homme	86,4	83,5	84,5	92,1	90,8
Femme	13,6	16,5	15,5	7,9	9,2
Nombre de membres habituels					
<1	0,2	0,5	0,4	0,0	0,1
1	9,8	8,2	8,8	3,8	4,6
2	9,2	8,6	8,9	8,9	8,9
3	10,4	13,7	12,5	13,2	13,1
4	11,8	9,9	10,6	13,0	12,6
5	10,1	11,5	11,0	13,4	13,0
6	10,8	9,4	9,9	12,3	11,9
7	7,1	8,5	8,1	8,4	8,3
8	6,0	6,8	6,5	7,4	7,3
9 ou +	24,6	22,7	23,4	19,5	20,1
Taille moyenne	6,4	6,2	6,3	6,1	6,1
Lien de parenté (membres habituels)					
Un adulte					
- Homme	8,3	4,7	6,0	2,8	3,3
- Femme	4,1	8,2	6,8	4,4	4,8
Deux adultes de sexe opposé	29,4	32,6	31,5	40,3	38,8
Deux adultes de même sexe	4,4	3,5	3,8	1,5	1,9
Trois adultes ou plus	37,4	40,9	39,7	48,9	47,4
Autres	16,1	9,5	11,8	2,0	3,6
Pourcentage de ménages avec des enfants sans leurs parents	24,8	24,2	24,4	25,3	25,2

La majorité des ménages (51 pour cent) comprennent entre trois et six membres. Par ailleurs, les ménages de grande taille (9 personnes et plus) sont également très nombreux puisqu'ils représentent le cinquième des ménages enquêtés (20 pour cent); en 1988, le même phénomène avait été observé, 23 pour cent des ménages comptaient neuf personnes et plus . Le système socio-culturel en vigueur au Niger, où le ménage correspond souvent à la famille élargie, pourrait expliquer ce phénomène. La taille moyenne des ménages s'établit à 6,1 personnes. Dans l'ensemble, la taille moyenne en milieu urbain (6,3) est légèrement plus élevée que celle des ménages du milieu rural (6,1).

Le Tableau 2.3 fournit également la répartition des ménages selon leur structure, définie à partir du nombre, du sexe et des liens de parenté ou relations des membres adultes qui le composent. Sont considérés ici comme adultes toutes les personnes de 15 ans et plus. On constate que les ménages composés de trois adultes ou plus sont majoritaires (47 pour cent) : ce type de ménage est plus fréquent en milieu rural (49 pour

cent) qu'à Niamey (37 pour cent) et que dans les "autres villes"[1] (41 pour cent). Un autre fait marquant est qu'une proportion non négligeable de ménages (8 pour cent) ne comprend qu'un seul adulte, le plus souvent de sexe féminin (5 pour cent). La proportion de ménages ne comprenant qu'un seul adulte de sexe féminin est particulièrement importante dans les "autres villes" où elle atteint 8 pour cent. Ce phénomène est peut-être à relier à la migration masculine, les femmes restant seules dans le ménage lorsque le mari migre.

Le Tableau 2.3 fournit enfin la proportion des ménages ayant un ou plusieurs enfants de moins de 15 ans vivant sans mère ni père biologiques. Un quart des ménages compte un ou plusieurs de ces enfants, soit adoptés, soit confiés ou placés en nourrice, soit encore domestiques. Cette très forte proportion est à souligner du fait de l'impact que ces situations peuvent avoir sur l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants : on peut en effet supposer que dans de très nombreux cas, surtout dans les familles de taille importante et aux ressources limitées, l'attention portée et les moyens consacrés à cette catégorie d'enfants sont généralement plus limités que pour ses propres enfants.

Dans le cadre de l'enquête ménage, on a collecté des données sur le niveau d'instruction atteint et la dernière classe achevée à ce niveau par chaque membre du ménage âgé de 6 ans et plus. Lors de l'enquête, on a distingué trois niveaux d'instruction : le primaire, le secondaire et le supérieur. Au Niger, l'âge d'entrée dans le primaire est, en principe, de sept ans, et les études durent six ans. L'entrée dans le secondaire a lieu, en théorie, à treize ans et les études à ce niveau durent sept ans, pour se terminer par le baccalauréat. Les Tableaux 2.4.1 et 2.4.2 ci-dessous présentent ces résultats pour les personnes âgées de 6 ans et plus.

Au niveau de l'ensemble, tous âges confondus à partir de 6 ans, 80 pour cent des hommes et 89 pour cent des femmes n'ont aucun niveau d'instruction. Les proportions des personnes sans niveau d'instruction diminuent avec l'âge pour atteindre leur minimum à 10-14 ans chez les hommes (65 pour cent) et à 15-19 ans pour les femmes (80 pour cent); corrélativement on assiste à une augmentation avec l'âge des proportions des personnes ayant atteint les différents niveaux d'instruction. Chez les hommes comme chez les femmes, c'est à 10-14 ans que la proportion de ceux ayant atteint le niveau primaire est la plus importante, respectivement 32 et 16 pour cent. La proportion la plus élevée pour le niveau secondaire (1er et 2nd cycles confondus) se situe à 20-24 ans pour les hommes (13 pour cent) et à 15-19 ans pour les femmes (5 pour cent). Le niveau supérieur reste très marginal puisque le maximum n'est que de 1 pour cent chez les hommes à 25-29 ans. Au-delà de 19 ans, les proportions des personnes sans niveau d'instruction croissent de façon continue pour atteindre 95 à 99 pour cent à partir de 45 ans, chez les hommes, et de 35 ans chez les femmes. Ces variations rendent compte de l'évolution de l'instruction dans le temps : la généralisation de l'instruction est un phénomène très récent et plus les générations en cause sont anciennes, et donc plus leur âge actuel est élevé, plus les proportions des personnes sans niveau d'instruction sont importantes.

Le niveau d'instruction atteint varie de façon importante selon le milieu de résidence. C'est dans le milieu rural que les proportions de personnes sans niveau d'instruction sont les plus élevées (86 pour cent pour les hommes et 94 pour cent pour les femmes). A Niamey, ces proportions chutent à des niveaux moyens : 43 pour cent des hommes et 53 pour cent des femmes n'ont jamais accédé au système éducatif. Du point de vue régional,[2] les proportions de personnes sans niveau d'instruction ne présentent que peu de variations : de 80 pour cent à Tahoua/Agadez et à Maradi, à 86 pour cent à Tillabéri, pour les hommes, et de 89 pour cent à Zinder/Diffa à 94 pour cent à Maradi, pour les femmes.

---

[1] On désigne par "autres villes" toutes les villes à l'exclusion de Niamey.

[2] Aux Tableaux 2.4.1 et 2.4.2, et dans les tableaux qui suivent, la ville de Niamey a été exclue du département de Tillabéri. Les commentaires sur les différences régionales porteront donc toujours sur les départements sans tenir compte de la ville de Niamey.

Tableau 2.4.1 Niveau d'instruction de la population des hommes

Répartition (en %) de la population masculine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint, et nombre médian d'années d'études accomplies selon l'âge, le milieu et la région de résidence, EDS Niger 1992

	Niveau d'instruction							
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire 1er cycle	Secondaire 2nd cyle	Supérieur	ND	Total	Effectif
Groupe d'âges								
6-9	81,8	16,4	0,0	0,0	0,0	1,8	100,0	2186
10-14	65,5	32,3	1,5	0,0	0,0	0,6	100,0	2019
15-19	65,8	23,0	10,0	0,5	0,0	0,8	100,0	1356
20-24	68,9	16,5	10,2	2,9	0,3	1,2	100,0	872
25-29	78,6	12,1	5,5	1,5	1,3	0,9	100,0	880
30-34	81,1	10,1	2,9	2,7	2,0	1,2	100,0	779
35-39	86,8	8,0	2,7	0,7	0,9	0,9	100,0	641
40-44	93,1	3,3	1,1	0,6	0,8	1,1	100,0	601
45-49	94,6	3,0	0,9	0,2	0,3	0,9	100,0	482
50-54	96,2	2,0	0,4	0,5	0,1	0,8	100,0	435
55-59	96,7	2,1	0,1	0,0	0,3	0,8	100,0	316
60-64	98,9	0,0	0,5	0,1	0,2	0,4	100,0	350
65 ou +	98,6	0,7	0,1	0,0	0,0	0,6	100,0	627
ND	74,1	8,0	0,0	0,0	0,0	17,9	100,0	46
Milieu de résidence								
Niamey	42,9	33,3	13,1	4,7	3,8	2,2	100,0	811
Autres villes	55,5	28,6	11,1	2,3	0,9	1,6	100,0	1346
Ensemble urbain	50,8	30,4	11,9	3,2	2,0	1,8	100,0	2157
Rural	86,1	11,7	1,1	0,1	0,0	0,9	100,0	9433
Région								
Niamey	42,9	33,3	13,1	4,7	3,8	2,2	100,0	811
Dosso	84,8	11,3	2,1	0,4	0,1	1,2	100,0	1751
Maradi	80,2	16,1	2,1	0,4	0,0	1,0	100,0	2060
Tahoua/Agadez	79,9	15,3	2,8	0,4	0,2	1,3	100,0	2383
Tillabéri	86,4	11,8	1,4	0,1	0,0	0,3	100,0	2093
Zinder/Diffa	81,2	13,9	3,0	0,5	0,3	1,1	100,0	2492
Ensemble	79,6	15,2	3,1	0,7	0,4	1,1	100,0	11590

Tableau 2.4.2 Niveau d'instruction de la population des femmes

Répartition (en %) de la population féminine (de fait) des ménages, âgée de six ans et plus, par niveau d'instruction atteint, et nombre médian d'années d'études accomplies selon l'âge, le milieu et la région de résidence, EDS Niger 1992

	Niveau d'instruction							
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire 1er cycle	Secondaire 2nd cycle	Supérieur	ND	Total	Effectif
Groupe d'âges								
6-9	86,7	10,9	0,0	0,0	0,0	2,4	100,0	2217
10-14	82,0	16,3	0,9	0,0	0,0	0,7	100,0	2117
15-19	80,5	13,4	5,2	0,2	0,0	0,7	100,0	1451
20-24	84,3	10,0	4,3	0,7	0,2	0,5	100,0	1219
25-29	89,5	7,0	2,3	0,5	0,2	0,5	100,0	1358
30-34	92,1	5,4	1,2	0,7	0,3	0,3	100,0	1018
35-39	95,0	3,9	0,5	0,2	0,1	0,4	100,0	792
40-44	96,9	2,3	0,3	0,1	0,1	0,3	100,0	564
45-49	97,3	1,7	0,5	0,0	0,0	0,5	100,0	367
50-54	99,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3	100,0	571
55-59	96,9	0,3	0,0	0,0	0,1	2,7	100,0	347
60-64	98,2	0,3	0,0	0,0	0,0	1,5	100,0	334
65 ou +	98,8	0,2	0,0	0,0	0,1	1,0	100,0	535
ND	44,1	0,0	0,0	0,0	0,0	55,9	100,0	1
Milieu de résidence								
Niamey	52,7	31,4	12,3	1,8	0,7	1,1	100,0	826
Autres villes	71,6	21,1	5,1	0,8	0,3	1,0	100,0	1387
Ensemble urbain	64,6	25,0	7,8	1,2	0,4	1,0	100,0	2212
Rural	93,6	5,2	0,2	0,0	0,0	1,0	100,0	10677
Région								
Niamey	52,7	31,4	12,3	1,8	0,7	1,1	100,0	826
Dosso	92,5	6,0	0,8	0,1	0,0	0,6	100,0	1954
Maradi	93,8	5,4	0,5	0,1	0,0	0,3	100,0	2267
Tahoua/Agadez	89,8	7,2	1,0	0,1	0,0	1,8	100,0	2709
Tillabéri	90,7	7,8	0,5	0,0	0,0	0,9	100,0	2411
Zinder/Diffa	89,3	8,3	1,2	0,2	0,1	1,0	100,0	2722
Ensemble	88,6	8,6	1,5	0,2	0,1	1,0	100,0	12889

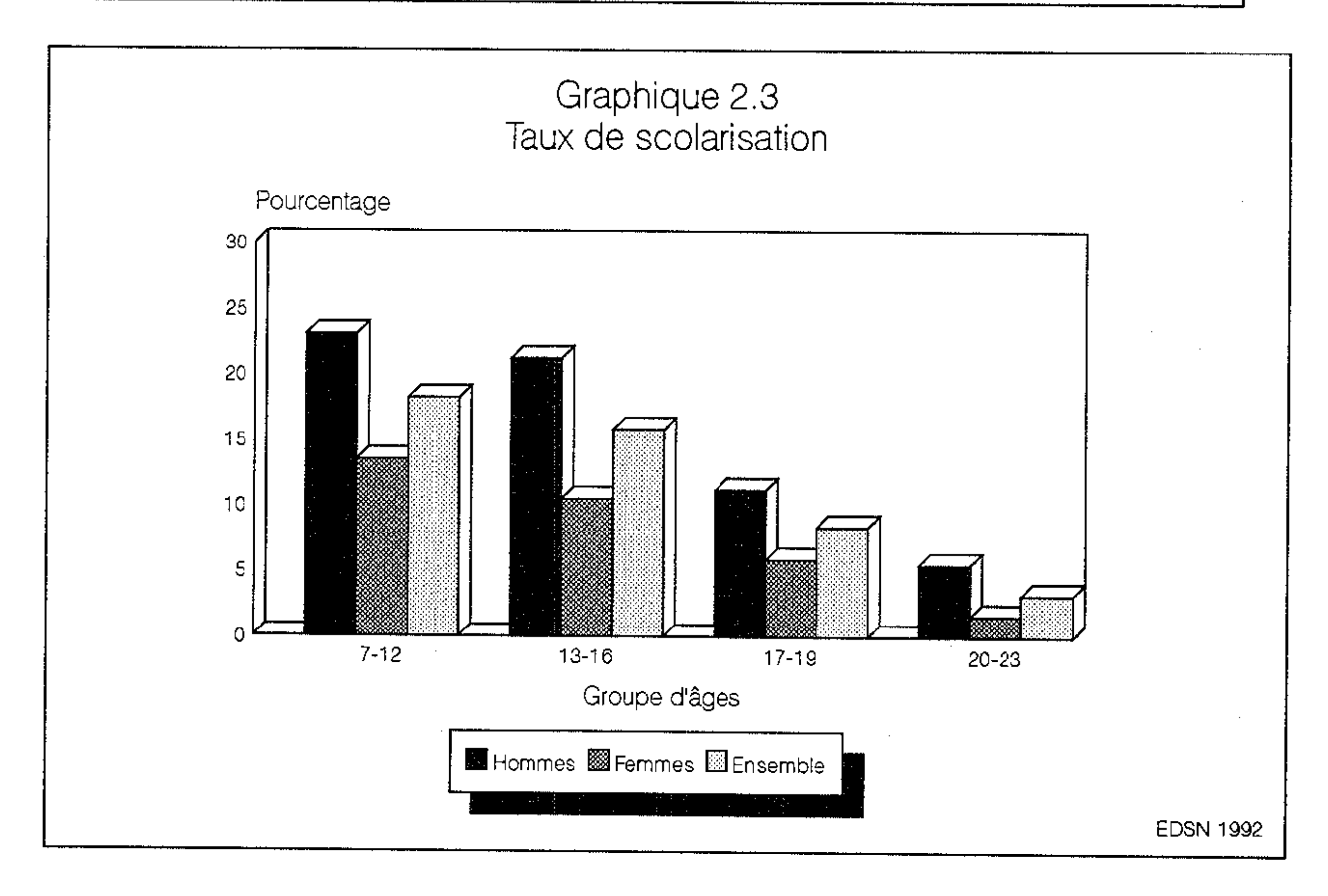
Les taux spécifiques de scolarisation par âge,[3] sexe et milieu de résidence figurent au Tableau 2.5 et au Graphique 2.3. Le taux à 7-12 ans, âges correspondant généralement au niveau primaire, est extrêmement faible puisqu'il n'atteint que 18 pour cent. Ce taux passe ensuite à 16 pour cent à 13-16 ans, âges auxquels les enfants sont scolarisés, en partie, dans le primaire et, en partie, dans le secondaire 1er cycle. A 17-19 ans, âges de scolarisation dans le secondaire 2nd cycle, le taux de scolarisation est beaucoup plus faible (8 pour cent), et diminue de plus de moitié à 20-23 ans (3 pour cent), âges de scolarisation, à la fois, au niveau secondaire et au niveau supérieur. Comme pour le niveau d'instruction atteint, les taux de scolarisation varient fortement par sexe : globalement à 7-16 ans, 23 pour cent des hommes fréquentent un établissement scolaire contre seulement 13 pour cent des femmes. Selon le milieu de résidence, on observe un très grand déséquilibre, le taux de scolarisation à 7-16 ans étant plus de 4 fois plus élevé en milieu urbain (47 pour cent) qu'en milieu rural (11 pour cent).

[3] Rapport du nombre de personnes d'âge x fréquentant l'école au nombre total de personnes de cet âge.

Tableau 2.5 Taux de scolarisation

Proportion de la population (de fait) des ménages, âgée de 7 à 23 ans, fréquentant un établissement scolaire, par âge, selon le sexe et le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Hommes			Femmes			Ensemble		
Groupe d'âges	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
7-12	54,8	16,8	23,1	44,7	7,1	13,5	49,6	11,9	18,2
13-16	50,0	13,6	21,2	35,5	4,3	10,5	42,9	8,8	15,8
7-16	53,0	15,9	22,6	41,6	6,2	12,6	47,2	11,0	17,5
17-19	32,3	4,5	11,2	23,8	1,3	5,9	28,1	2,8	8,4
20-23	19,6	0,5	5,5	7,1	0,3	1,6	13,4	0,4	3,2



Le niveau d'instruction de la population est donc le reflet de l'état général de la scolarisation dans l'ensemble du pays, 18 pour cent seulement des enfants de 7-12 ans fréquentant l'école. Les raisons de la faiblesse de ces indicateurs sont nombreuses : ressources insuffisantes allouées au secteur, pesanteurs socio-culturelles, croissance démographique. L'éducation étant l'élément majeur du développement économique et social, il reste donc au Niger à fournir d'immenses efforts pour relever les différents indicateurs relatifs à l'éducation pour que ses populations participent mieux au processus d'élaboration et de mise en oeuvre des actions susceptibles d'améliorer leurs conditions de vie. En outre, il convient de souligner la situation encore

plus préoccupante des femmes dont seulement 13 pour cent fréquentent l'école à 7-12 ans. La situation socio-économique, mais aussi et surtout le contexte socio-culturel du Niger expliquent ici cette ségrégation dont sont victimes les femmes dans le secteur de l'éducation, ainsi que dans bien d'autres secteurs.

2.1.2 Caractéristiques de l'habitat et des biens possédés par les ménages

Lors de l'enquête ménage, on s'est intéressé à certaines caractéristiques du logement (possession de l'électricité, approvisionnement en eau, type de toilettes, matériau du plancher, matériau du toit et nombre de pièces utilisées pour dormir) susceptibles de jouer un rôle déterminant dans l'état de santé des membres du ménage et, en particulier, des enfants. De même, on a collecté des données sur la possession d'un certain nombre d'équipements modernes (radio, télévision, réfrigérateur, voiture...). L'analyse de ces données vont permettre de mieux cerner les conditions environnementales et socio-économiques dans lesquelles vivent les populations enquêtées.

L'examen des données du Tableau 2.6 et du Graphique 2.4 indiquent que très peu de ménages nigériens disposent de l'électricité : 4 pour cent pour l'ensemble du pays. En outre, la grande majorité des ménages disposant de cet équipement se trouvent en milieu urbain (37 pour cent à Niamey et 21 pour cent dans les "autres villes") : moins de 1 pour cent des ménages du milieu rural ont déclaré posséder l'électricité.

Concernant la provenance de l'eau utilisée pour boire, on constate qu'au niveau national les trois quarts des ménages (75 pour cent) utilisent l'eau de puits publics ou de forages, 11 pour cent des ménages utilisent des robinets publics, 5 pour cent s'approvisionnent auprès de vendeurs d'eau et seulement 4 pour cent des ménages enquêtés ont un robinet dans leur logement. Les proportions sont très inégales selon le milieu de résidence. A Niamey, 36 pour cent des ménages s'approvisionnent auprès des vendeurs d'eau, 22 pour cent utilisent les robinets publics et près d'un tiers des ménages (30 pour cent) disposent de l'eau courante à domicile. Dans les "autres villes," ce sont les robinets publics qui sont les plus utilisés (48 pour cent), suivis des vendeurs d'eau (24 pour cent); moins d'un ménage sur cinq (18 pour cent) a l'eau courante dans le logement. En milieu rural, la très grande majorité des ménages utilisent l'eau des puits publics (88 pour cent).

Dans leur très grande majorité (84 pour cent) les ménages ne disposent d'aucune forme de toilettes, et seulement 11 pour cent des ménages nigériens utilisent des fosses améliorées ou latrines. Si en milieu rural, 95 pour cent des ménages n'ont pas de toilettes, dans les "autres villes" et même à Niamey, ces proportions restent élevées (respectivement 34 et 17 pour cent). Dans la capitale, seuls 6 pour cent des ménages disposent de toilettes avec chasse d'eau personnelle.

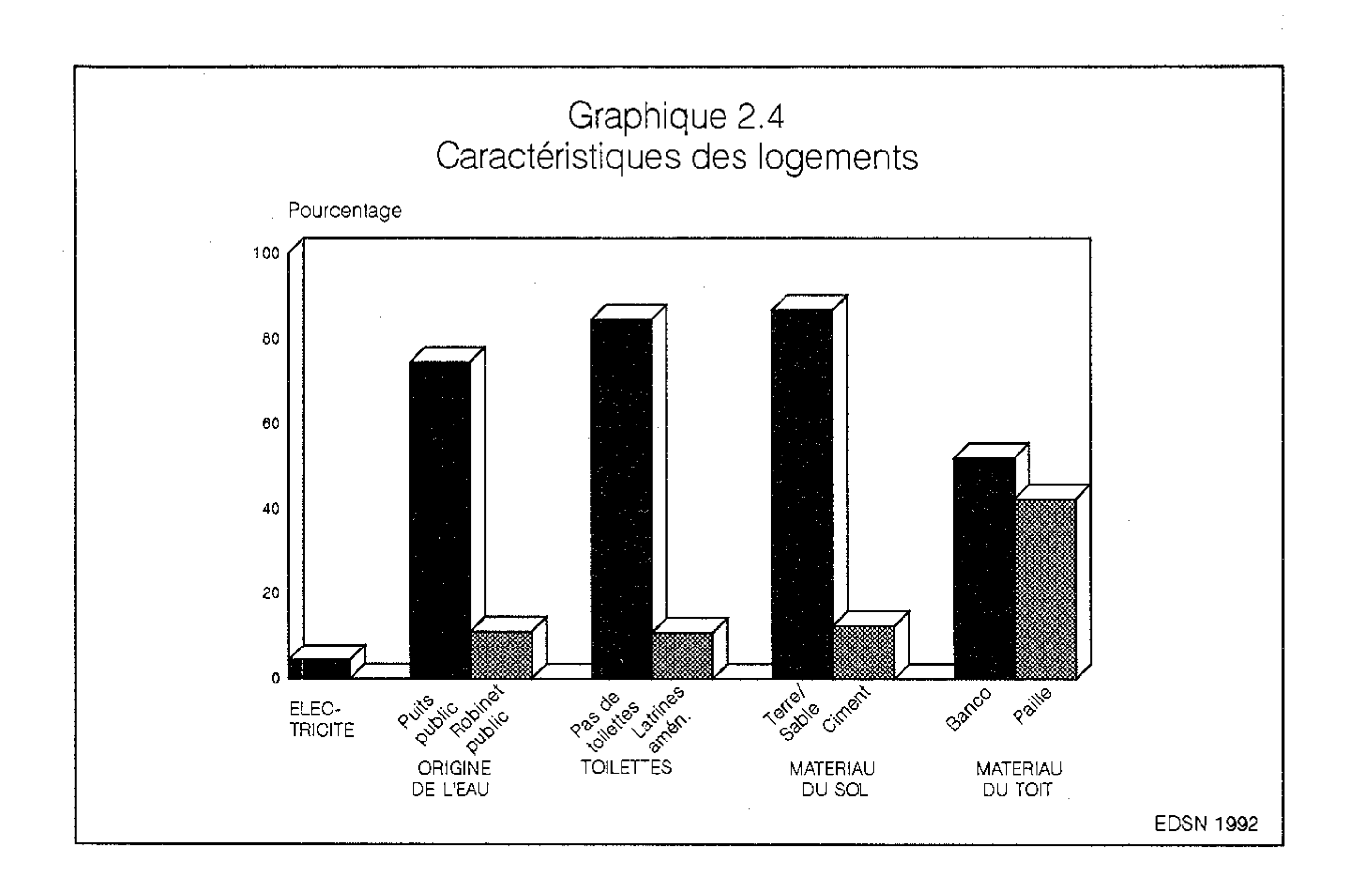
Les matériaux de construction des logements sont surtout la terre/sable (87 pour cent) pour le sol et le banco (52 pour cent) et la paille (42 pour cent) pour le toit. Cependant, en milieu urbain, une proportion importante de logements disposent d'un sol en ciment (61 pour cent) et, dans une moindre proportion, d'un toit en tôle (27 pour cent).

A partir de la question sur le nombre de pièces utilisées pour dormir, on a calculé le nombre de personnes dormant par pièce, ce qui fournit une indication sur le degré d'entassement du ménage (Tableau 2.6). Dans plus d'un tiers des cas (36 pour cent), trois ou quatre personnes dorment dans la même pièce, et dans 12 pour cent des ménages, cinq à six personnes se partagent le même lieu pour dormir. En moyenne, au niveau national, 3,2 personnes dorment par pièce. Cette moyenne est légèrement plus faible à Niamey (2,8) et dans les "autres villes" (3,0) qu'en milieu rural (3,2).

Tableau 2.6 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages, par caractéristique des logements, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Caractéristique des logements	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Electricité					
Oui	37,2	20,6	26,7	0,2	4,4
Non	62,2	79,1	72,8	99,4	95,1
Approvisionnement en eau à boire					
Robinet dans le logement	30,3	18,3	22,7	0,5	4,1
Robinet public	22,2	48,1	38,6	5,9	11,1
Puits privé	1,3	1,6	1,5	1,9	1,8
Puits public/Forage	6,7	6,6	6,7	87,5	74,5
Eau de surface	3,1	0,3	1,3	3,1	2,8
Vendeur d'eau	35,5	24,1	28,3	0,9	5,3
Autre	0,6	0,8	0,8	0,0	0,1
ND	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de toilettes					
Chasse d'eau personnelle	5,5	2,1	3,3	0,1	30,8
Chasse d'eau commune	2,2	2,7	2,6	0,1	25,5
Fosse sommaire	8,2	11,8	10,5	1,8	3,2
Fosse améliorée/Latrines	67,0	49,2	55,8	2,4	10,9
Pas de toilettes	16,5	33,5	27,2	95,3	84,4
Autre	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2
ND	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sol					
Terre/Sable	17,9	45,7	35,4	96,5	86,8
Ciment	74,3	52,8	60,8	3,3	12,5
Autres matériaux modernes	7,4	1,2	3,5	0,0	0,6
ND	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toit					
Tôle	37,9	20,2	26,7	0,9	5,0
Banco	47,9	70,6	62,2	50,2	52,1
Paille	12,3	7,6	9,3	48,6	42,3
Autre	1,5	1,2	1,3	0,3	0,5
ND	0,4	0,4	0,4	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir					
1-2	56,1	51,7	53,3	45,7	46,9
3-4	32,5	34,2	33,6	37,0	36,4
5-6	7,6	9,6	8,9	12,4	11,8
7 ou +	2,8	3,9	3,5	4,6	4,4
ND	1,0	0,6	0,7	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	2,8	3,0	2,9	3,2	3,2
Effectif de ménages	309	529	838	4404	5242



Concernant certains biens de consommation possédés par les ménages (Tableau 2.7), on relève que, pour l'ensemble du pays, 33 pour cent seulement des ménages déclarent avoir la radio, 4 pour cent la télévision et 2 pour cent un réfrigérateur. En milieu urbain, ces proportions, bien que restant faibles, sont beaucoup plus élevées qu'au niveau national : 60 pour cent des ménages ont la radio, 22 pour cent la télévision et 12 pour cent ont un réfrigérateur. Si l'information et la sensibilisation des populations sont indispensables pour leur participation au développement, comment atteindre les populations nigériennes quand, au niveau national, seulement un tiers des ménages disposent d'une radio?

Tableau 2.7 Biens durables possédés par le ménage

Pourcentage de ménages possédant certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Biens durables	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Radio	74,2	52,4	60,4	28,2	33,4
Télévision	30,9	16,5	21,8	0,5	3,9
Réfrigérateur	19,0	8,5	12,4	0,1	2,0
Bicyclette	11,1	13,7	12,7	3,2	4,7
Motocyclette	17,5	8,1	11,6	0,5	2,3
Voiture	11,8	6,6	8,5	0,2	1,6
Effectif de ménages	309	529	838	4404	5242

En ce qui concerne les moyens de transport, 5 pour cent des ménages disposent d'une bicyclette, 2 pour cent ont une motocyclette et 2 pour cent une voiture. En outre, ce sont essentiellement les ménages du milieu urbain, et surtout ceux de Niamey, qui disposent de ces moyens de déplacement : à Niamey, 11 pour cent des ménages disposent d'une bicyclette, 18 pour cent ont une motocyclette et 12 pour cent une voiture.

2.2 ENQUETE INDIVIDUELLE

Cette partie porte essentiellement sur l'analyse des résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées individuellement, c'est-à-dire des femmes âgées de 15-49 ans identifiées dans les ménages. Elle porte aussi sur l'analyse des données concernant l'accès des femmes aux médias. Ces résultats revêtent une importance particulière pour la mise en place de programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans les domaines de la santé et de la planification familiale.

Dans la suite de ce rapport, les caractéristiques présentées ici seront utilisées comme variable de classification ou variable explicative de la plupart des phénomènes étudiés.

2.2.1 Caractéristiques des femmes

Tableau 2.8 Caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes enquêtées par âge, état matrimonial, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, religion, nationalité et ethnie, EDS Niger 1992

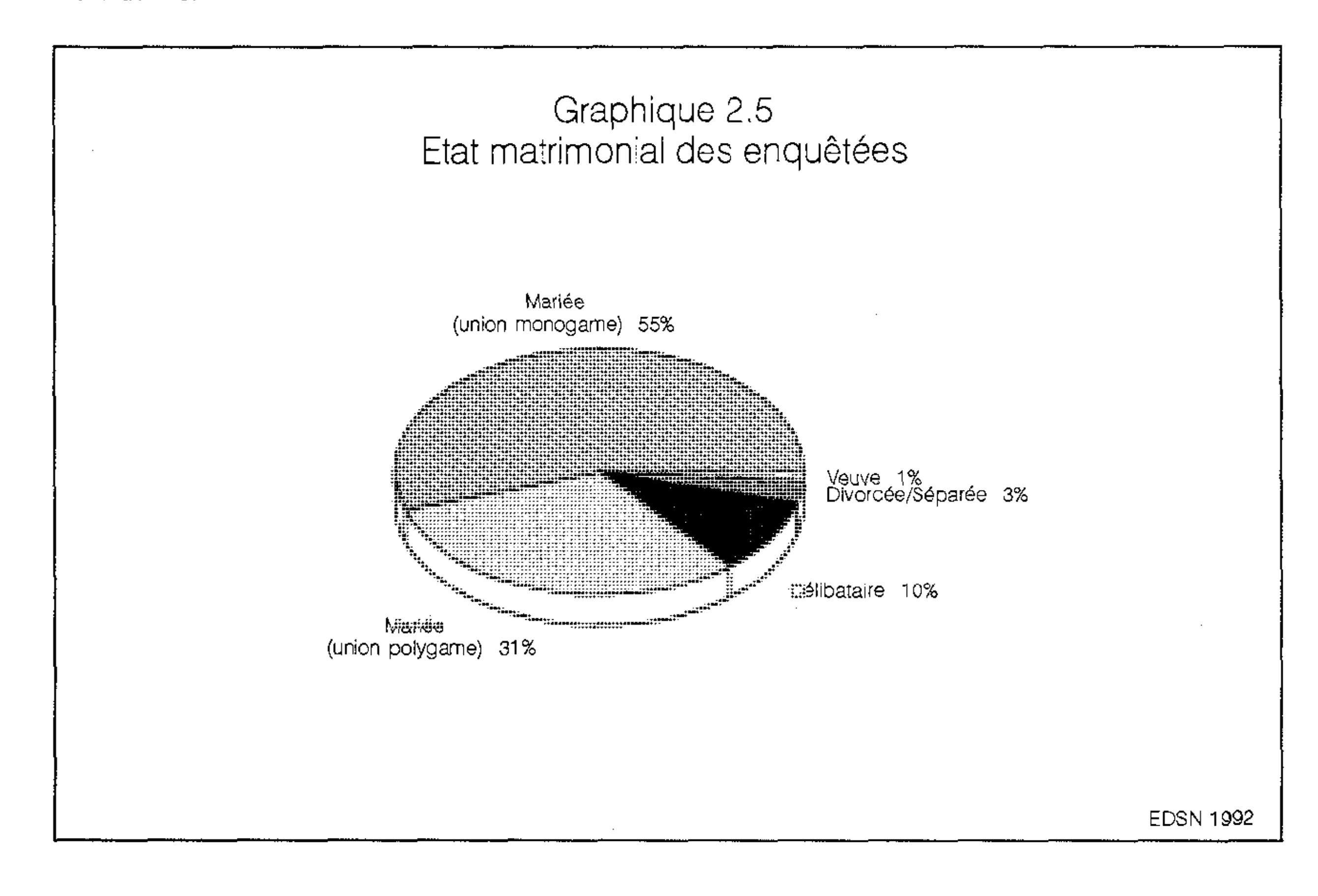
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
15-19	21,2	1379	1427
20-24	18,3	1193	1234
25-29	19,7	1278	1245
30-34	15,0	974	968
35-39	11,5	746	748
40-44	8,1	528	508
45-49	6,2	404	373
Etat matrimonial			
Jamais mariée	10,5	682	926
Mariée polygame	30,9	2012	1931
Mariée monogame	54,6	3549	3301
Veuve	1,2	77	90
Divorcée	2,6	167	230
Séparée	0,3	17	25
Niveau d'instruction			
Aucun	89,3	5809	5300
Primaire	7,6	493	726
Secondaire 1er cycle	2,6	167	393
Secondaire 2nd cycle	0,4	28	67
Supérieur	0,1	6	17
Milieu de résidence			
Niamey	6,7	435	1347
Autres villes	10,6	691	1349
Ensemble urbain	17,3	1126	2696
Rural	82,7	5377	3807
Région			
Niamey	6,7	435	1347
Dosso	13,4	874	703
Maradi	18,2	1186	1046
Tahoua/Agadez	21,7	1414	1265
Tillabéri	17,7	1149	852
Zinder/Diffa	22,2	1445	1290
Religion			
Musulmane	98,5	6407	6367
Autre	1,5	96	136
Nationalité			
Nigérienne	98,1	6378	6209
Autre	1,9	125	294
Ethnie			
Arabe	0,2	10	17
Djerma	22,4	1455	1569
Gourmantché	0,3	19	17
Haoussa	54,5	3543	3322
Kanouri	5,3	343	313
Mossi	0,0	3	3
Peulh	4,6	302	328
Touareg bella	10,0	652	565
Toubou	0,3	23	31
Autre	2,4	154	338
Ensemble des femmes	100,0	6503	6503

L'âge, variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques, est l'une des informations les plus difficiles à obtenir de façon fiable lorsque les enregistrements écrits des événements n'existent pas ou sont rares, comme c'est le cas au Niger. De ce fait, un soin particulier a été accordé à son estimation au moment de l'enquête. On demandait d'abord aux femmes leur date de naissance, puis leur âge. Lorsque la date de naissance et l'âge étaient obtenus, l'enquêtrice contrôlait la cohérence entre les deux informations. Dans le cas où l'enquêtée ne connaissait pas sa date de naissance ou son âge, l'enquêtrice essayait d'obtenir un document officiel tel qu'une carte d'identité où la date de naissance figure. Lorsqu'aucun document n'était disponible, l'enquêtrice devait estimer l'âge de la femme soit par comparaison avec l'âge d'autres membres

du ménage, soit par déduction à partir de l'histoire de la femme, ou encore, le plus souvent, en utilisant un calendrier historique.

La distribution des femmes de 15-49 ans par groupe d'âges quinquennal (Tableau 2.8) présente une allure assez régulière avec les proportions qui diminuent au fur et à mesure que l'on avance en âge. Cependant, il faut noter que la proportion de femmes de 25-29 ans est légèrement supérieure à celle de 20-24 ans : ce phénomène est le résultat de transferts d'âges particulièrement importants des âges 23 et 24 ans sur l'âge 25 ans. Les femmes âgées de 15-19 ans représentent plus du cinquième des enquêtées (21 pour cent), et globalement, les femmes de moins de 30 ans représentent 60 pour cent de l'échantillon.

En ce qui concerne l'état matrimonial (Graphique 2.5), on a considéré comme mariage toutes les formes de mariage ou d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non. On constate que 86 pour cent des femmes de 15 à 49 ans étaient mariées au moment de l'enquête et que seulement 10 pour cent étaient célibataires. Les unions rompues (veuvage, divorce et séparation) ne concernent qu'une faible proportion des enquêtées (4 pour cent). Ces très faibles proportions de femmes célibataires et en rupture d'union reflètent l'influence des facteurs socio-culturels et religieux selon lesquels une femme doit nécessairement être mariée, le mariage étant encore considéré comme une affaire de famille et de la société plutôt qu'une affaire individuelle.



Du point de vue de la résidence, les femmes rurales sont largement représentées dans l'échantillon (83 pour cent). Du point de vue régional,[4] les femmes des départements de Tahoua/Agadez et de Zinder/Diffa

[4] Rappelons que du point de vue régional, la ville de Niamey est traitée à part et est donc exclue du département de Tillabéri.

(22 pour cent dans les deux cas) sont les plus représentées, suivies de celles de Maradi et de Tillabéri (18 pour cent).

L'islam est la religion dominante, même chez les femmes (99 pour cent), comme cela avait déjà été noté à partir du RGP de 1988. Du point de vue de la nationalité, la quasi totalité des femmes enquêtées sont nigériennes (98 pour cent). En outre, le poids démographique des différents groupes ethniques confirme la bonne représentativité de l'échantillon. En effet, les proportions se rapprochent de celles du RGP de 1988 : ainsi on retrouve 55 pour cent de femmes haoussa, 22 pour cent de femmes djerma-sonraï, 10 pour cent de femmes touareg bella, 5 pour cent de femmes kanouri, 5 pour cent de femmes peulh et moins de 1 pour cent de femmes toubou, de femmes gourmantché et de femmes arabes.

Comme cela a déjà été souligné précédemment, au Niger, la femme semble être marginalisée et n'a pas les mêmes chances d'intégration dans les différents secteurs socio-économiques que les hommes. Cette situation est illustrée par la répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction (Tableau 2.8) : 89 pour cent des enquêtées n'ont aucune instruction, 8 pour cent seulement ont le niveau primaire et une proportion très négligeable (3 pour cent) ont un niveau secondaire ou supérieur, essentiellement le secondaire 1er cycle.

Au Tableau 2.9 figure la répartition des femmes par niveau d'instruction selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Il apparaît tout d'abord que ce sont essentiellement les femmes les plus jeunes qui sont instruites : 19 pour cent des femmes de 15-19 ans, 15 pour cent de celles de 20-24 ans

Tableau 2.9 Niveau d'instruction des femmes enquêtées

Répartition (en %) des femmes par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal, le milieu et la région de résidence, EDS Niger 1992

	Niveau d'instruction						
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire 1er cycle	Secondaire 2nd cycle	Supérieur	Total	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	81,0	13,3	5,4	0,3	0,0	100,0	1379
20-24	84,6	10,8	3,7	0,7	0,2	100,0	1193
25-29	90,5	6,5	2,4	0,5	0,1	100,0	1278
30-34	92,5	5,2	1,3	0,8	0,2	100,0	974
35-39	95,3	4,0	0,5	0,1	0,1	100,0	746
40-44	97,4	2,4	0,2	0,0	0,0	100,0	528
45-49	98,9	1,0	0,0	0,1	0,0	100,0	404
Milieu de résidence							
Niamey	55,2	21,8	19,2	3,0	1,0	100,0	435
Autres villes	71,4	17,6	8,8	1,9	0,3	100,0	691
Ensemble urbain	65,1	19,2	12,8	2,3	0,6	100,0	1126
Rural	94,4	5,1	0,4	0,0	0,0	100,0	5377
Région							
Niamey	55,2	21,8	19,2	3,0	1,0	100,0	435
Dosso	92,7	5,6	1,4	0,3	0,0	100,0	874
Maradi	94,5	4,6	0,8	0,1	0,0	100,0	1186
Tahoua/Agadez	92,8	5,2	1,7	0,3	0,0	100,0	1414
Tillabéri	89,0	10,1	0,9	0,0	0,0	100,0	1149
Zinder/Diffa	90,3	7,2	2,0	0,4	0,1	100,0	1445
Ensemble	89,3	7,6	2,6	0,4	0,1	100,0	6503

et 10 pour cent de celles de 25-29 ans ont un niveau d'instruction, essentiellement le niveau primaire. A partir de 30 ans, plus de 90 pour cent des femmes n'ont aucun niveau d'instruction. Du point de vue de la résidence, les écarts sont très importants : c'est à Niamey que la proportion de femmes ayant fréquenté l'école est la plus importante (45 pour cent), suivi des "autres villes" (29 pour cent) et du milieu rural où seulement 6 pour cent des femmes ont reçu de l'instruction et presque uniquement primaire. Du point de vue régional, on ne constate que peu de variation, les proportions de femmes sans niveau d'instruction variant d'un "minimum" de 89 pour cent à Tillabéri à un maximum de 95 pour cent à Maradi.[5]

Tableau 2.10 Accès des femmes aux média

Pourcentage de femmes qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision, ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, par âge, niveau d'instruction et par milieu et région de résidence, EDS Niger 1992

Caractéristique	Lit un journal au moins une fois/ semaine	Regarde la TV au moins une fois/ semaine	Ecoute la radio au moins une fois/ semaine	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-19	6,4	21,3	39,3	1379
20-24	5,7	16,1	40,9	1193
25-29	3,3	11,9	40,5	1278
30-34	2,6	12,4	38,0	974
35-39	1,5	9,2	35,4	746
40-44	1,2	8,4	34,4	528
45-49	0,4	6,5	32,3	404
Niveau d'instruction				
Aucun	0,0	9,4	34,8	5809
Primaire	19,8	39,1	59,4	493
Secondaire 1er cycle	70,1	76,8	86,8	167
Secondaire 2nd cycle	77,9	93,5	94,0	28
Supérieur	89,7	100,0	100,0	6
Milieu de résidence				
Niamey	25,2	70,4	80,4	435
Autres villes	13,3	40,8	57,1	691
Ensemble urbain	17,9	52,2	66,1	1126
Rural	0,8	5,8	32,5	5377
Région				
Niamey	25,2	70,4	80,4	435
Dosso	1,4	14,3	42,3	874
Maradi	1,1	5,1	26,1	1186
Tahoua/Agadez	2,0	10,7	38,3	1414
Tillabéri	2,5	13,8	44,8	1149
Zinder/Diffa	3,5	6,7	28,3	1445
Ensemble des femmes	3,7	13,8	38,4	6503

2.2.2 Accès aux média

Le Tableau 2.10 fournit les données concernant l'accès des femmes aux média : seulement 4 pour cent d'entre elles lisent habituellement un journal, 14 pour cent regardent la télévision et 38 pour cent écoutent la radio au moins une fois par semaine. Les femmes les plus jeunes, les plus éduquées et celles du milieu urbain, et en particulier de Niamey, sont celles qui accèdent le plus à l'information, quel que soit le type de média. Ainsi, à Niamey, les proportions de femmes qui écoutent la radio et de celles qui regardent la télévision sont relativement élevées (respectivement 80 et 70 pour cent) et un quart des femmes de la capitale ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. En milieu rural, seule la radio sert à véhiculer l'information, un tiers des femmes du milieu rural déclarant écouter la radio au moins une fois par semaine. Ainsi, il apparaît que les femmes ont de sérieux handicaps pour accéder aux média et donc à l'éducation et à l'information.

[5] Compte tenu des très faibles proportions de femmes ayant de l'instruction, en tant que variable de classification ou variable explicative des phénomènes étudiés dans ce document, le niveau d'instruction de la femme sera regroupé en seulement deux catégories : "aucune instruction" et "primaire ou plus".

CHAPITRE 3

FECONDITE

De 1960 à nos jours, deux opérations d'envergure nationale ont permis de collecter des informations sur la fécondité; il s'agit de l'enquête démographique de 1959-1960 et du RGP de 1988. A la différence de ces opérations, l'EDSN s'est intéressée uniquement à un échantillon national de femmes en âge de procréer : elle a recueilli des données représentatives par milieu de résidence et région, permettant de calculer les niveaux de fécondité et d'analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité.

Ces informations ont été obtenues, tout d'abord, à partir d'une série de questions sur le nombre total d'enfants que les femmes ont eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs, et ceux encore en vie de ceux qui sont décédés. Après avoir recueilli ces informations sur la fécondité totale des femmes, des questions spécifiques étaient alors posées pour reconstituer avec chaque femme interrogée l'historique complet de ses naissances, de la plus ancienne à la plus récente, en enregistrant, pour chacune d'entre elles : le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance, l'état de survie; pour les enfants encore en vie, on enregistrait leur âge et on distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs; pour les enfants décédés, on s'intéressait à l'âge au décès.

Afin d'améliorer la qualité des données sur la fécondité, pendant la formation des enquêtrices et la collecte des données, un accent particulier a été mis sur toutes les questions relatives aux naissances. C'est ainsi que, lors de l'interview, l'enquêtrice devait, si possible, vérifier l'information obtenue à partir, par exemple, de documents officiels; elle devait également essayer de détecter les éventuelles incohérences, en vérifiant, par exemple, la durée des intervalles inter-génésiques. Après avoir posé toutes les questions concernant l'historique des naissances, l'enquêtrice contrôlait alors si le nombre total d'enfants déclarés par la mère (dans chaque catégorie : vivants, décédés, ...) était cohérent avec le nombre d'enfants obtenu à partir de l'historique des naissances. En cas de différence, l'enquêtrice devait revérifier et éventuellement, corriger les réponses erronées.

Malgré ces multiples vérifications, il n'est pas toujours possible d'éviter totalement les différents types d'erreurs inhérentes aux enquêtes rétrospectives, à savoir :

- le sous-enregistrement de naissances, en particulier l'omission d'enfants en bas âge, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité;
- l'imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines époques.

Par ailleurs, lors des enquêtes EDS, on a parfois observé certains déplacements de dates de naissance d'enfants nés durant la dernière période quinquennale vers les années précédentes. Ces "déplacements" d'année de naissance sont souvent effectués "volontairement" par les enquêtrices, non seulement pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants (section 4 du questionnaire) qui ne portent que sur les naissances de la dernière période quinquennale, mais encore pour éviter de prendre les mesures anthropométriques de ces mêmes enfants. Ces "déplacements" sont plus fréquents lorsque la mère ne connaît pas avec exactitude le mois et l'année de naissance de ses enfants. Dans le cas de l'enquête nigérienne, ces déplacements des naissances de 1987 (début de la dernière période quinquennale) vers 1986, ne sont pas très

importants.[1] Cependant, pour éviter ces problèmes de transfert de dates de naissance ainsi que pour minimiser les erreurs de sondage, les niveaux de fécondité actuelle ont été calculés pour la période de six ans précédant l'enquête.

3.1 NIVEAU ET STRUCTURE DE LA FECONDITE ET FECONDITE DIFFERENTIELLE

Au Tableau 3.1 et au Graphique 3.1 figurent les niveaux de fécondité par groupe d'âges pour la période de six ans précédant l'enquête. Au niveau national, la courbe des taux de fécondité par âge présente une allure classique, caractéristique des pays à forte fécondité : une fécondité précoce très élevée (230 pour mille) qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 20-24 ans (327 pour mille) et qui se maintient longtemps à des niveaux importants puisqu'à 35-39 ans, le taux est de 196 pour mille et qu'à 40-44 ans, il est encore de 106 pour mille.

Tableau 3.1 Fécondité par âge selon deux sources

Taux de fécondité par âge et indice synthétique de fécondité selon le RGP (1988) et l'EDSN (1992)

Groupe d'âges	RGP 1988[1]	EDSN 1992
15-19	211	230
20-24	342	327
25-29	343	317
30-34	272	258
35-39	206	196
40-44	87	106
45-49	40	42
ISF 15-49	7,51	7,37
ISF 15-44	7,31	7,16

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes.
Source: 1988: Recensement Général de la Population (BCR, 1992)
[1]Données non ajustées

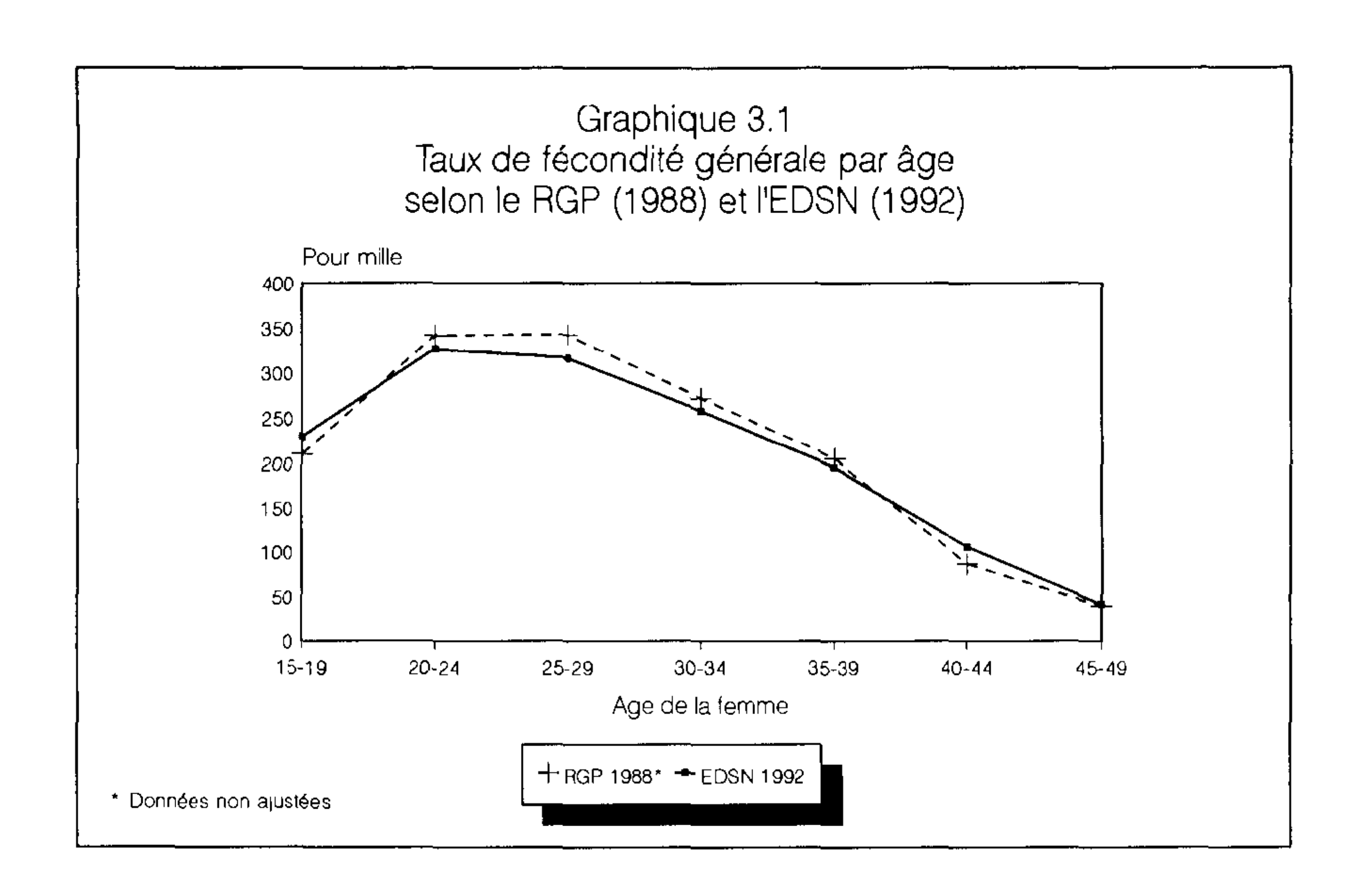
L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), ou somme des naissances réduites, est un indice de fécondité du moment calculé à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il mesure le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde si elle avait, à chaque âge, la fécondité par âge d'une période considérée, ici la période de six ans ayant précédé l'enquête. Au niveau national, l'ISF, calculé de 15 à 49 ans s'établit à 7,4 enfants par femme.

Le Tableau 3.1 et le Graphique 3.1 présentent également les taux de fécondité par âge et l'ISF selon le RGP de 1988. Rappelons que, contrairement à l'EDSN où les données sur la fécondité sont obtenues à partir de l'historique des naissances des femmes, lors du RGP de 1988, la fécondité a été estimée à partir de questions portant sur les naissances des douze mois ayant précédé le recensement. Les niveaux de fécondité estimés par le RGP correspondent donc à la fécondité de l'année 1987-88, année qui précède le recensement. Dans le cas de l'EDSN, les niveaux de fécondité mesurés pour la période de six ans ayant précédé l'enquête correspondent à la fécondité des années 1986-1992. La fécondité estimée par les deux opérations se réfère donc à une période à peu près similaire. On remarque que l'allure générale des courbes des taux de fécondité par âge au RGP de 1988 et à l'EDSN est presque identique. Cependant, selon le RGP, la fécondité maximale est atteinte à 25-29 ans avec 343 pour mille alors que, selon l'EDSN, elle est atteinte à 20-24 ans avec 327 pour mille. Malgré ces légers écarts, la fécondité totale des femmes estimée lors des deux opérations est quasiment identique : l'ISF est de 7,5 au RGP[2] et de 7,4 à l'EDSN.

---

[1] A l'Annexe E, le Tableau E.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le "rapport de naissances annuelles" (rapport des naissances d'année x à la demi-somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit $N_x/[(N_{x-1}+N_{x+1})/2]$), rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 1987 (rapport = 83,6 < 100), et un excédent en 1986 (rapport = 116,6 > 100), mais aussi en 1988 (rapport = 107,8 > 100).

[2] D'après les données brutes du RGP de 1988, avant tout ajustement.



Selon l'EDSN, le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG), ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 265 pour mille au niveau national. Quant au Taux Brut de Natalité (TBN) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population totale, il atteint 52 pour mille.

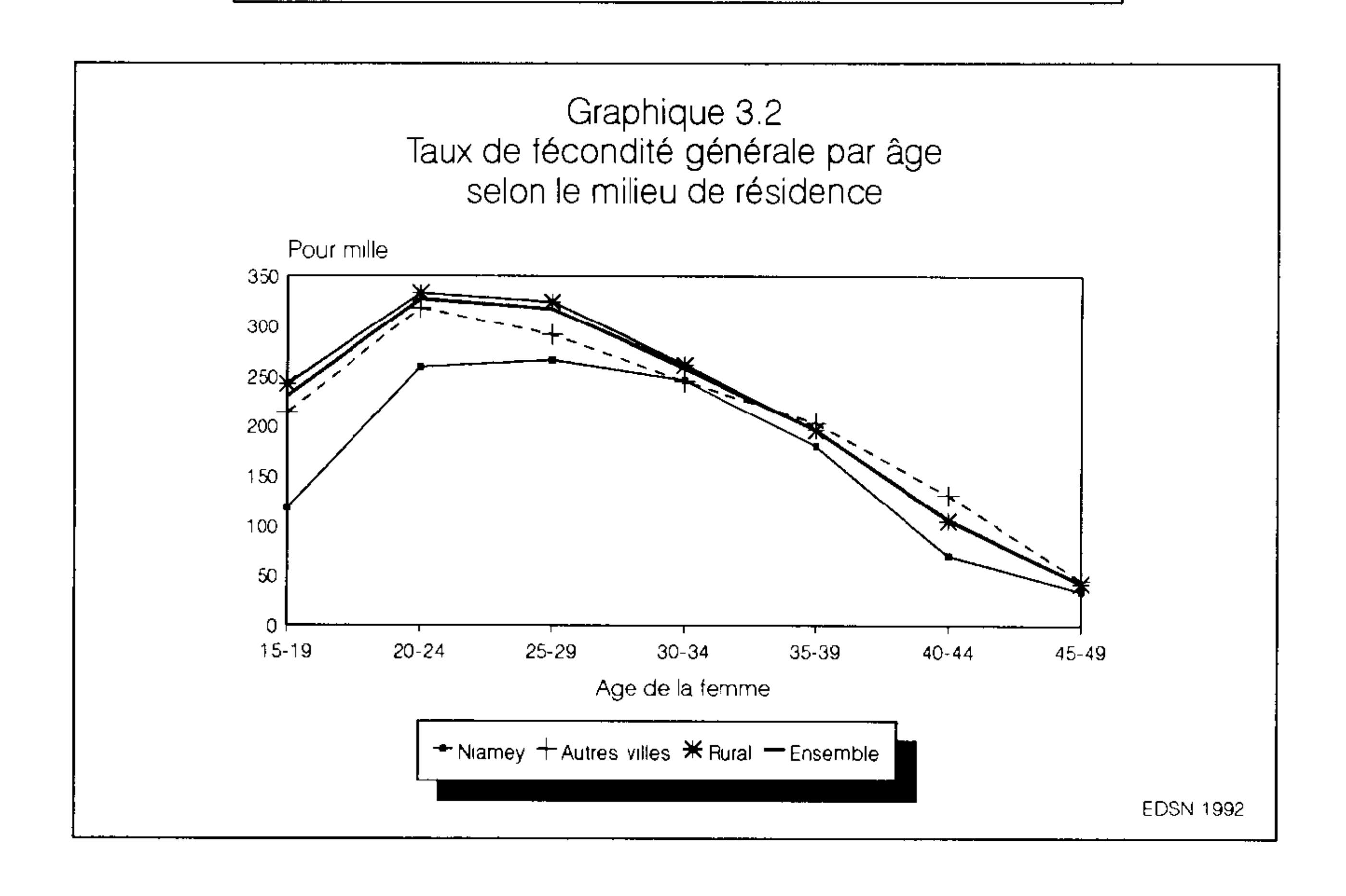
Les taux de fécondité par âge et l'ISF présentent de fortes variations selon le milieu de résidence (Tableau 3.2 et Graphique 3.2). L'ISF varie de 7,5 enfants par femme en milieu rural, à 7,2 dans les "autres villes", pour chuter à 5,9 enfants par femme à Niamey. Dans la capitale, où la fécondité est de plus de 20 pour cent inférieure à celle du milieu rural, la courbe des taux de fécondité par âge présente une allure assez différente de celles observées ailleurs : la fécondité aux jeunes âges (avant 30 ans) est nettement inférieure à celle observée en milieu rural, en particulier à 15-19 ans où le taux de fécondité des femmes de Niamey est de moitié celui des femmes du milieu rural (118 pour mille contre 242 pour mille); par contre, à partir de 30 ans, les taux de fécondité par âge sont assez voisins, quel que soit le milieu de résidence. Globalement, la courbe des taux de fécondité par âge des femmes de la capitale présente donc une allure beaucoup plus "aplatie" que celle du reste du pays, signe d'une fécondité en baisse chez les femmes les plus jeunes.

Tableau 3.2 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, et indice synthétique de fécondité (ISF), pour la période des six années précédant l'enquête, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Résidence				
Groupe d'âges	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	118	214	177	242	230
20-24	259	318	294	333	327
25-29	266	291	282	324	317
30-34	246	245	245	261	258
35-39	180	203	194	196	196
40-44	70	131	110	105	106
45-49	34	45	41	42	42
ISF 15-49 (pour 1 femme)	5,86	7,24	6,71	7,52	7,37
ISF 15-44 (pour 1 femme)	5,69	7,01	6,51	7,31	7,16

Note: Les taux sont calculés pour la période de 1-72 mois avant l'enquête. Les taux à 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges.



Du point de vue régional (Tableau 3.3 et Graphique 3.3), il apparaît que le niveau de fécondité est voisin de 8 enfants par femme à Tillabéri (8,1), à Maradi (7,9) et Dosso (7,7). Par contre, la région de Tahoua/Agadez semble se caractériser par une fécondité légèrement plus faible (7,2 enfants par femme) : cette situation, déjà mise en évidence par le RGP de 1988, pourrait s'expliquer, en partie, par la forte proportion de population nomade vivant dans cette zone et caractérisée par une fécondité plus faible que celle des populations sédentaires, ainsi que par la forte émigration masculine qui touche cette région (Bureau Central du Recensement - BCR-, 1992e). La fécondité la plus faible est celle de la région de Zinder/Diffa avec un ISF de 6,7 enfants par femme. Là encore, ce faible niveau de fécondité avait déjà été mis en évidence lors du RGP de 1988 (BCR, 1992e). En outre, des études menées dans cette région, et en particulier à Diffa, par le Centre National de Santé Familiale (CNSF) ont révélé que cette sous-fécondité, que l'on retrouve également dans certaines zones limitrophes de pays voisins, pourrait être due, entre autres, aux mariages consanguins et aux maladies sexuellement transmissibles (Keuzeta et al., 1992). En outre, l'émigration des hommes vers les pays limitrophes joue aussi, certainement, un rôle dans cette sous-fécondité.

Tableau 3.3 Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

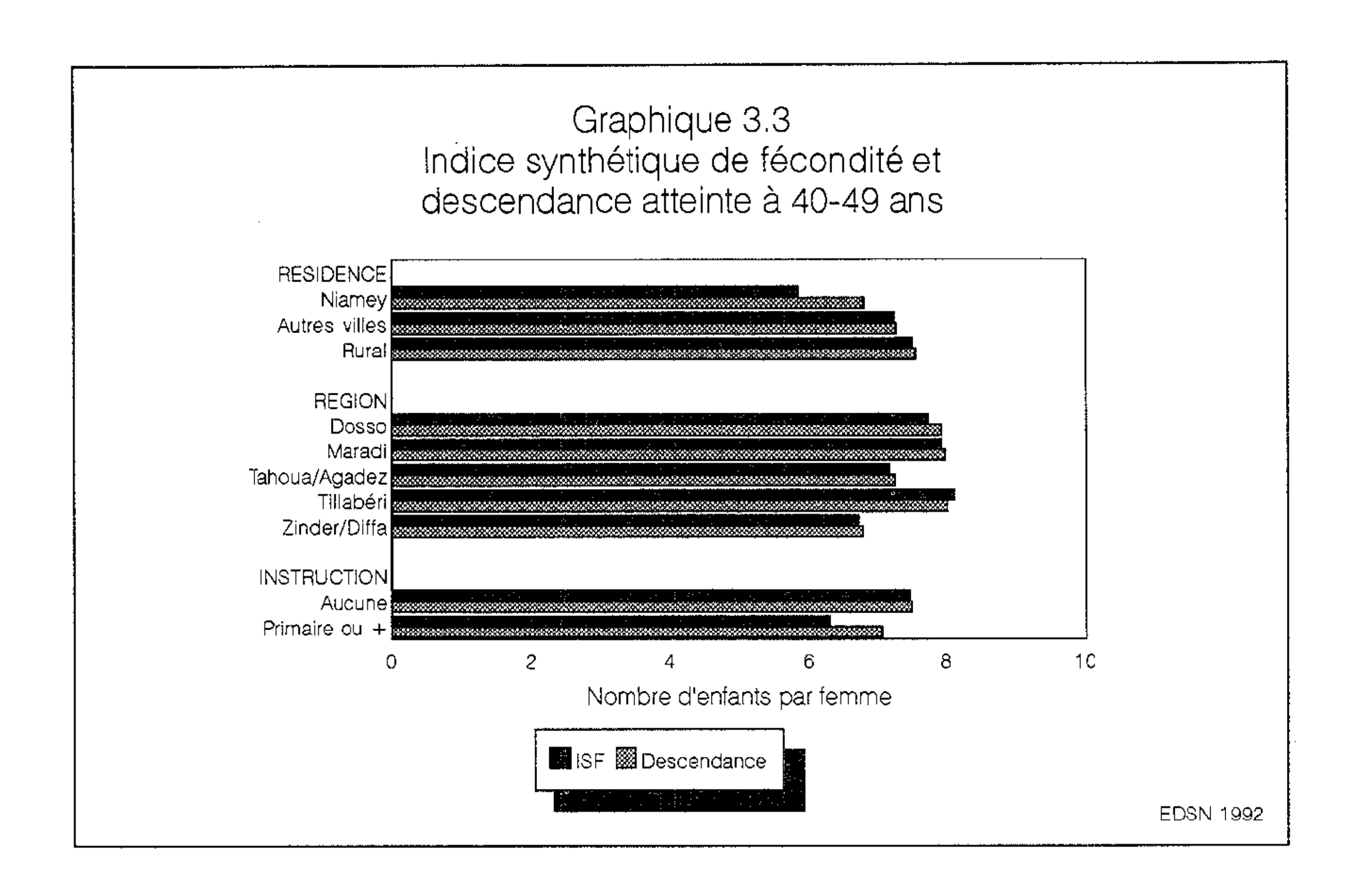
Indice synthétique de fécondité pour la période des six années précédant l'enquête et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Indice synthétique de fécondité[1]	Nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence		
Niamey	5,86	6,81
Autres villes	7,24	7,27
Ensemble urbain	6,71	7,11
Rural	7,52	7,56
Région		
Niamey	5,86	6,81
Dosso	7,74	7,93
Maradi	7,93	7,98
Tahoua/Agadez	7,17	7,25
Tillabéri	8,11	8,01
Zinder/Diffa	6,73	6,79
Niveau d'instruction		
Aucun	7,47	7,50
Primaire ou plus	6,32	7,06
Ensemble	7,37	7,50

[1]Indice synthétique de fécondité pour les femmes âgées de 15-49 ans

En ce qui concerne le niveau d'instruction des femmes, il apparaît au Tableau 3.3 et au Graphique 3.3 que la fécondité des femmes ayant fréquenté l'école est nettement inférieure à celle des femmes sans niveau d'instruction : 6,3 contre 7,5 enfants par femme. Cependant, ce résultat est à interpréter avec prudence dans la mesure où la catégorie des femmes ayant fréquenté l'école comprend des femmes de niveaux d'instruction très différents qui ont, peut-être, des niveaux de fécondité très dissemblables.

Au Tableau 3.3 figure également le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme de 40-49 ans, c'est-à-dire à la fin de leur vie féconde. Contrairement à l'ISF qui mesure la fécondité du moment, ce nombre moyen, qui peut être assimilé à une descendance, est le résultat de la fécondité passée des femmes enquêtées qui atteignent 40-49 ans. Au niveau national, la descendance des femmes de 40-49 ans (7,5) est très proche de l'ISF (7,4), ce qui dénote une stabilité de la fécondité. Que ce soit du point de vue du milieu de résidence ou de la région, on observe toujours que la fécondité du moment est très proche de la descendance, sauf dans le cas de Niamey, où l'ISF (5,9) est inférieur de près d'un enfant par femme à la descendance (6,8). Il en est de même pour les femmes ayant une certaine instruction pour lesquelles l'ISF (6,3) est inférieur d'un peu moins d'un enfant par femme à la descendance (7,1).



3.2 TENDANCES DE LA FECONDITE

Les données collectées lors de l'EDSN permettent de retracer les tendances passées de la fécondité. Pour cela, on a calculé les taux de fécondité par âge des mères à la naissance de leurs enfants, par période quinquennale précédant l'enquête (Tableau 3.4 et Graphique 3.4). Il apparaît tout d'abord que les taux de fécondité présentent des variations par âge assez similaires. Cependant, on constate que les taux de fécondité pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête) sont inférieurs à ceux des deux périodes quinquennales précédentes, et cela à tous les âges. Conséquence de ces taux plus faibles, l'ISF calculé jusqu'à 35 ans s'établit à 5,6 enfants par femme pour la dernière période, contre, respectivement, 6,4 et 6,3 pour les deux périodes précédentes.

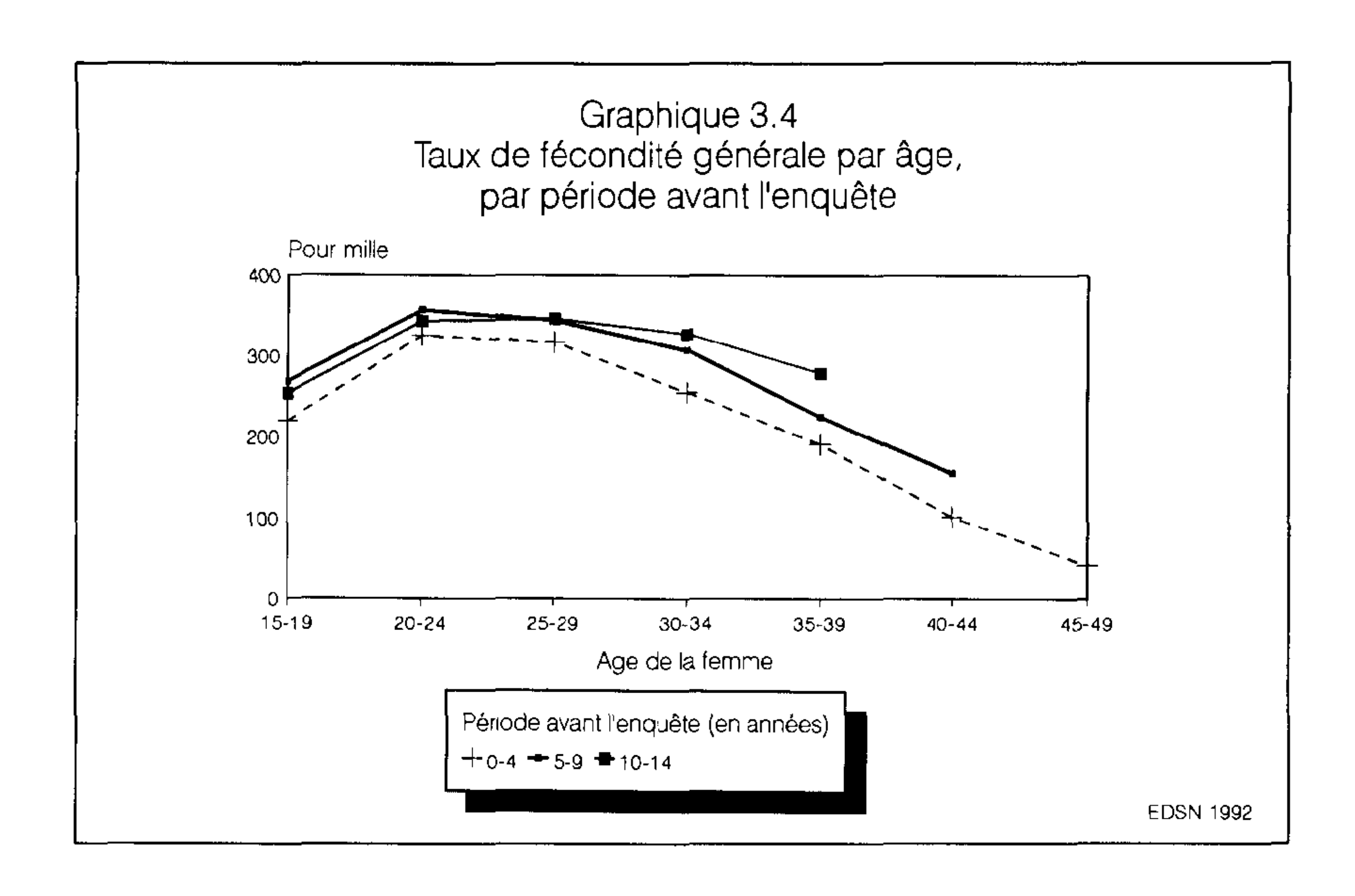
Tableau 3.4 Tendances de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans précédant l'enquête, selon l'âge de la mère, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Périodes précédant l'enquête (en années) 0-4	5-9	10-14
15-19	219	268	253
20-24	325	357	343
25-29	317	344	346
30-34	255	307	327
35-39	191	225	[279]
40-44	102	[155]	-
45-49	[42]	-	-

Note: Taux de fécondité par groupe d'âges pour 1000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

Le Tableau 3.5 présente le même type de données que le tableau précédent, mais les taux sont calculés ici par durée de mariage. Pour les durées de mariage inférieures à quinze ans, les taux de fécondité de la période la plus récente sont assez proches de ceux des périodes précédentes, bien que toujours légèrement plus faibles. Pour les durées de mariages plus longues (15-24 ans) les taux les plus récents sont nettement inférieurs à ceux des autres périodes.



En première analyse, ces résultats sembleraient indiquer une baisse récente de la fécondité. Cependant, l'examen des différents déterminants de la fécondité ne fait apparaître aucune modification récente de comportement susceptible d'expliquer une telle baisse, en particulier, l'âge au premier mariage et l'âge aux premiers rapports sexuels n'ont pas varié au fil des générations (voir Chapitre 5 - Nuptialité), quant à l'âge à la première naissance, il semblerait, au contraire, se modifier dans le sens d'un rajeunissement (voir ci-après, section 3.5). De même, l'utilisation de la contraception qui reste à un niveau très faible (voir Chapitre 4 - Planification familiale) ne semble pas pouvoir expliquer cette modification récente du niveau de la fécondité. Faute d'autres éléments pouvant expliquer avec évidence une baisse de la fécondité, des analyses plus approfondies devraient être menées avant de conclure sur la réalité d'une telle baisse.

Tableau 3.5 Tendances de la fécondité par durée de mariage

Taux de fécondité par période de cinq ans précédant l'enquête, selon la durée écoulée depuis le premier mariage, EDS Niger 1992

Nombre d'années depuis le premier mariage	Périodes précédant l'enquête (en années)		
	0-4	5-9	10-14
0-4	291	291	267
5-9	332	374	345
10-14	323	344	357
15-19	264	302	301
20-24	179	235	[298]
25-29	111	[164]	-

Note: Taux de fécondité pour 1000 femmes non-célibataires. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes.

3.3 PARITE ET STERILITE PRIMAIRE

A partir du nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie, on a calculé les parités moyennes par groupe d'âges, pour l'ensemble des femmes et pour les femmes actuellement en union (Tableau 3.6).

On constate tout d'abord une augmentation régulière et très rapide des parités avec l'âge de la femme : ainsi de 0,4 enfant en moyenne à moins de 20 ans, la parité atteint 2,1 enfants à moins de 25 ans et, à la fin de sa vie féconde, une femme a donné naissance à 8,0 enfants en moyenne. Par ailleurs, la répartition de toutes les femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce très élevée, puisque près d'un tiers des jeunes femmes de moins de 20 ans (31 pour cent) ont déjà donné naissance à au moins un enfant, et 37 pour cent des femmes de moins de 25 ans ont déjà eu 3 enfants ou plus. En fin de vie féconde (40-49 ans), 45 pour cent des femmes ont donné naissance à 9 enfants ou plus.

Tableau 3.6 Enfants nés vivants et enfants survivants

Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon l'âge des femmes, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants: 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +	Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants survivants
TOUTES LES FEMMES															
15-19	68,9	22,3	6,6	1,8	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1379	0,43	0,34
20-24	15,0	18,6	29,4	20,5	10,8	4,1	1,4	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	1193	2,12	1,55
25-29	4,1	6,6	11,8	20,2	20,4	18,9	12,5	4,0	1,5	0,0	0,1	100,0	1278	3,82	2,71
30-34	4,2	2,8	4,9	6,9	13,5	16,7	19,8	16,7	8,9	3,6	1,9	100,0	974	5,32	3,66
35-39	4,1	4,5	3,8	2,9	5,9	9,4	11,8	15,9	15,7	12,6	13,4	100,0	746	6,53	4,32
40-44	4,4	3,7	4,4	4,7	4,7	5,4	8,1	12,0	12,8	14,0	25,8	100,0	528	7,11	4,81
45-49	1,9	2,6	4,2	6,3	4,1	5,8	4,4	9,8	8,5	12,7	39,7	100,0	404	7,99	4,78
Ensemble	19,7	10,8	10,9	10,3	9,3	8,9	8,0	6,7	5,0	3,9	6,4	100,0	6503	3,85	2,62
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	49,1	36,0	11,1	3,2	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	779	0,71	0,55
20-24	9,4	18,2	31,7	22,4	11,9	4,7	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	100,0	1059	2,30	1,67
25-29	3,0	6,0	11,2	20,7	20,7	19,5	13,1	4,2	1,5	0,0	0,1	100,0	1211	3,92	2,77
30-34	3,7	2,5	4,3	6,8	13,4	16,6	20,6	17,0	9,1	3,8	2,0	100,0	925	5,41	3,72
35-39	4,0	4,4	3,7	3,0	5,4	9,0	11,7	15,9	15,9	13,0	13,9	100,0	713	6,59	4,36
40-44	4,4	3,4	4,6	4,9	4,3	5,2	7,5	12,5	12,9	13,7	26,7	100,0	503	7,17	4,83
45-49	2,1	2,7	3,5	6,3	3,9	4,6	4,7	9,6	7,1	12,3	43,1	100,0	371	8,16	4,87
Ensemble	11,0	11,3	11,9	11,6	10,4	9,9	9,1	7,6	5,5	4,4	7,4	100,0	5561	4,33	2,94

Les résultats concernant les femmes actuellement mariées diffèrent peu de ceux concernant toutes les femmes, sauf aux âges les plus jeunes où la proportion de femmes non-mariées et à très faible fécondité est encore importante. Ainsi, 51 pour cent des femmes mariées de 15-19 ans ont déjà eu au moins un enfant contre 31 pour cent pour toutes les femmes. Cependant, dès 20-24 ans où la proportion de femmes non-mariées est déjà très faible (voir Chapitre 5 - Nuptialité), l'écart entre la proportion de femmes mariées ayant déjà eu au moins un enfant (91 pour cent) et celle de l'ensemble des femmes dans la même situation (85 pour cent) est peu important.

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en Afrique et en particulier au Niger, par conséquent la parité zéro des femmes actuellement mariées et les plus âgées permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire : 3,7 pour cent seulement des femmes de 35-49 ans, âges auxquels l'arrivée d'un premier enfant est peu probable, n'ont jamais eu d'enfants et peuvent être considérées comme stériles. Ce faible niveau de stérilité primaire est voisin de celui observé lors des enquêtes EDS dans d'autres pays d'Afrique (Arnold et Blanc, 1990).

3.4 INTERVALLE INTERGENESIQUE

La longueur de l'intervalle qui sépare la naissance d'un enfant à la naissance précédente a une influence sur son état de santé et sur celui de la mère. En particulier, de nombreuses recherches ont montré que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé des enfants et augmentent leur risque de décéder (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants). Le Tableau 3.7 présente la

Tableau 3.7 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente					Total	Effectif de naissances	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
	7-17	18-23	24-35	36-47	48 ou +			
Groupe d'âges								
15-19	24,8	27,1	35,5	7,4	5,1	100,0	154	23,8
20-29	11,4	17,7	43,9	18,9	8,1	100,0	3184	28,9
30-39	11,2	12,3	41,8	21,6	13,0	100,0	2266	31,4
40 ou +	6,5	12,6	38,4	22,5	20,0	100,0	536	33,6
Rang de naissance								
2-3	10,6	16,7	41,2	20,2	11,3	100,0	2047	29,8
4-6	11,4	15,2	44,7	19,0	9,6	100,0	2475	29,9
7 ou +	11,9	14,4	40,4	20,9	12,4	100,0	1618	30,7
Sexe de l'enfant précédent								
Masculin	10,2	16,1	43,0	20,1	10,5	100,0	3130	30,3
Féminin	12,3	14,9	41,8	19,7	11,3	100,0	3010	29,9
Survie de l'enfant précédent								
Toujours vivant	5,6	13,3	45,3	23,4	12,4	100,0	4193	32,1
Décédé	23,5	20,2	36,2	12,4	7,6	100,0	1947	25,3
Milieu de résidence								
Niamey	7,7	13,5	43,9	19,0	15,8	100,0	300	30,5
Autres villes	9,1	15,9	46,6	18,3	10,1	100,0	625	29,4
Ensemble urbain	8,7	15,1	45,8	18,5	11,9	100,0	926	29,7
Rural	11,7	15,6	41,8	20,2	10,7	100,0	5215	30,2
Région								
Niamey	7,7	13,5	43,9	19,0	15,8	100,0	300	30,5
Dosso	10,0	14,0	46,3	22,8	6,9	100,0	871	30,4
Maradi	9,6	13,0	45,1	20,2	12,1	100,0	1233	31,2
Tahoua/Agadez	10,7	17,9	44,0	17,3	10,0	100,0	1334	28,8
Tillabéri	10,6	15,4	40,4	22,0	11,5	100,0	1089	31,3
Zinder/Diffa	15,6	17,0	37,0	18,7	11,7	100,0	1312	29,1
Niveau d'instruction								
Aucun	11,3	15,4	42,4	20,1	10,9	100,0	5672	30,2
Primaire ou plus	10,9	16,6	43,2	17,7	11,6	100,0	468	29,1
Ensemble	11,3	15,5	42,4	19,9	10,9	100,0	6140	30,1

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction de diverses caractéristiques démographiques et socio-économiques. On constate que 11 pour cent des naissances sont arrivées moins de dix-huit mois après la naissance précédente et près de 16 pour cent des enfants sont nés entre dix-huit mois et deux ans après leur aîné : au total donc, dans un peu plus d'un quart des cas (27 pour cent), l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans. La majorité des naissances (42 pour cent) se produisent entre 24 et 35 mois après la naissance précédente, et 31 pour cent des enfants sont nés trois ans et plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est de deux ans et demi (30,1 mois).

Par ailleurs, on observe des disparités entre les intervalles intergénésiques selon les caractéristiques démographiques et socio-économiques. Les intervalles intergénésiques sont légèrement plus courts chez les jeunes femmes (médiane de 28,9 mois à 20-29 ans) que chez les femmes plus âgées, en particulier celles de 40 ans et plus (médiane de 33,6 mois). Bien que le Tableau 3.7 mette en évidence une très forte proportion de naissances précédées par un intervalle de moins de deux ans chez les femmes de 15-19 ans (52 pour cent), cela ne reflète pas le comportement réel de ces femmes car les naissances de rang un qui constituent l'essentiel de leur fécondité sont exclues de ce tableau. Du point de vue du rang de naissance et du sexe de l'enfant, on ne note que très peu d'écart entre les intervalles. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 44 pour cent des naissances ont lieu moins de deux ans après la naissance de l'enfant précédent lorsque celui-ci est décédé, contre 19 pour cent lorsqu'il est toujours en vie.

En ce qui concerne le milieu de résidence, les intervalles intergénésiques ne présentent que peu de variations, bien que les intervalles très courts (moins de 18 mois) soient plus fréquents en milieu rural (12 pour cent) que dans les "autres villes" (9 pour cent) et qu'à Niamey (8 pour cent). Du point de vue de la région de résidence, l'intervalle médian varie assez peu, de 28,8 mois à Tahoua/Agadez à 31,2 et 31,3 mois, respectivement, à Maradi et Tillabéri. Enfin, selon le niveau d'instruction de la mère, on constate, là encore, que les intervalles entre naissances ne varient pratiquement pas : 30,2 mois chez les femmes sans instruction, contre 29,1 mois chez celles ayant fréquenté l'école.

3.5 AGE A LA PREMIERE NAISSANCE

L'âge à la première naissance est un indicateur démographique important dans la mesure où cet âge influence la descendance finale des femmes, en particulier lorsque l'utilisation de la contraception est faible. Le Tableau 3.8 donne la répartition des femmes par âge à leur première naissance et leur âge médian à la

Tableau 3.8 Age à la première naissance

Répartition (en %) des femmes par âge à la première naissance, et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Age actuel	Femmes sans naissance	Age à la première naissance						Total	Effectif de femmes	Age médian à la première naissance
		<15	15-17	18-19	20-21	22-24	25 ou +			
15-19	68,9	4,3	22,2	4,6	a	a	a	100,0	1379	b
20-24	15,0	14,5	38,8	21,7	8,3	1,7	0,0	100,0	1193	17,7
25-29	4,1	12,7	40,2	21,2	13,2	7,0	1,5	100,0	1278	17,8
30-34	4,2	14,7	36,2	22,2	9,7	9,6	3,4	100,0	974	17,9
35-39	4,1	12,3	33,1	20,4	15,2	8,7	6,1	100,0	746	18,4
40-44	4,4	14,4	32,0	16,1	11,5	12,2	9,4	100,0	528	18,5
45-49	1,9	8,3	37,8	13,4	15,3	14,2	9,1	100,0	404	18,5

[a]Sans objet
[b]Non applicable: moins de 50% de femmes ont eu un enfant

première naissance, selon le groupe d'âges au moment de l'enquête. Les résultats présentés dans ce tableau dénotent, une fois de plus, la précocité de la fécondité des femmes nigériennes : parmi les femmes actuellement âgées de 20 à 34 ans, plus de la moitié ont eu leur premier enfant avant l'âge de 18 ans, parmi les femmes plus âgées (35-49 ans), dans la moitié des cas, cette première naissance s'est produite avant l'âge de 18,5 ans. Ainsi des générations les plus anciennes, aujourd'hui âgées de 45-49 ans, aux générations les plus récentes, aujourd'hui âgées de 20-24 ans, il semblerait que l'âge à la première naissance ait légèrement diminué, la valeur médiane passant de 18,5 ans à 17,7 ans. Compte tenu du fait que, des générations les plus anciennes aux plus récentes, on n'observe aucune modification ni dans l'âge au premier mariage, ni dans l'âge aux premiers rapports sexuels (voir Chapitre 5 - Nuptialité), cette tendance apparente doit être interprétée avec précaution.

Concernant l'ensemble des femmes de 20-49 ans, l'âge médian s'établit à 18,0 ans (Tableau 3.9). Par ailleurs, selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'âge à la première naissance présente certaines variations. Du point de vue du milieu de résidence, si l'âge médian à la première naissance est peu différent chez les femmes de 20-49 du milieu rural (17,8 ans) et chez celles des "autres villes" (18,1 ans), à Niamey, où le niveau de fécondité est le plus faible, il est nettement plus élevé (19,5 ans). Il en est de même pour les femmes ayant fréquenté l'école : âge médian de 19,3 ans contre 17,8 ans chez celles n'ayant aucune instruction. Au Chapitre 5 (Nuptialité), on retrouve les mêmes types d'écarts en ce qui concerne l'âge au premier mariage et l'âge aux premiers rapports sexuels. En ce qui concerne la région de résidence, seules les femmes du département de Maradi qui font partie de celles ayant la fécondité la plus élevée, ont un âge médian à la première naissance plus faible que les femmes des autres régions : 17,5 ans contre 17,8 ans et plus partout ailleurs.

Tableau 3.9 Age médian à la première naissance

Age médian à la première naissance (femmes de 20-49 ans) par âge actuel et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Age actuel 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Age 20-49
Milieu de résidence							
Niamey	20,0	19,3	19,0	19,0	19,6	20,4	19,5
Autres villes	18,1	17,9	17,9	18,4	18,5	18,6	18,1
Ensemble urbain	18,8	18,6	18,3	18,7	18,9	19,1	18,6
Rural	17,5	17,7	17,8	18,3	18,4	18,3	17,8
Région							
Niamey	20,0	19,3	19,0	19,0	19,6	20,4	19,5
Dosso	17,9	17,7	18,2	18,4	18,2	18,4	18,0
Maradi	16,9	17,5	17,5	18,0	18,8	17,1	17,5
Tahoua/Agadez	17,4	17,5	17,7	18,6	18,7	19,9	17,8
Tillabéri	17,7	18,0	18,1	17,6	17,8	18,3	17,9
Zinder/Diffa	17,9	17,8	17,8	18,6	18,8	19,3	18,1
Niveau d'instruction							
Aucun	17,5	17,5	17,8	18,3	18,4	18,5	17,8
Primaire ou plus	19,1	19,8	18,7	19,4	19,3	17,0	19,3
Ensemble	17,7	17,8	17,9	18,4	18,5	18,5	18,0

Note: L'âge médian pour la cohorte 15-19 ne peut être déterminé car de nombreuses femmes peuvent encore avoir une naissance avant d'atteindre 20 ans.

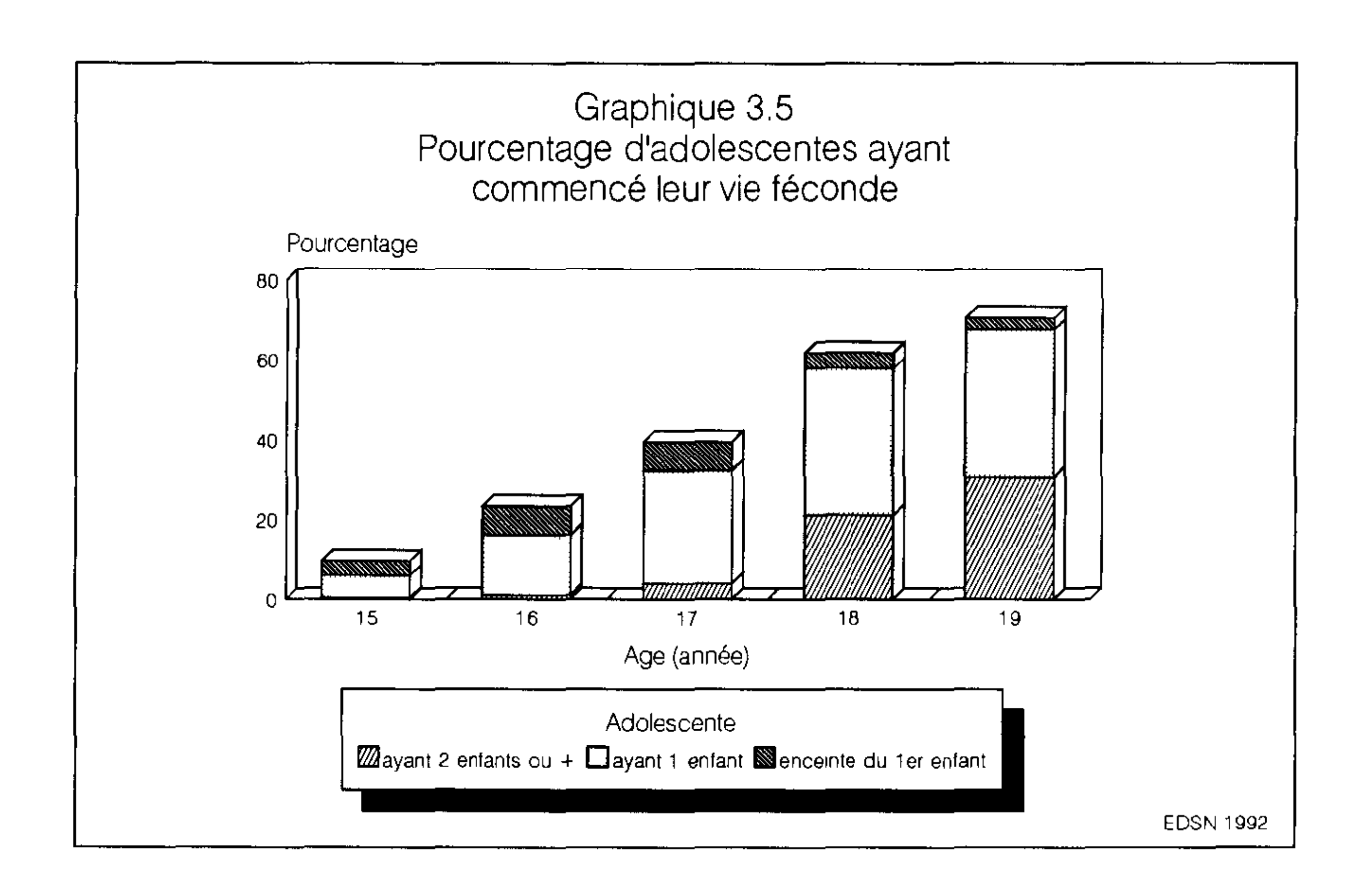
3.6 FECONDITE DES ADOLESCENTES

On a souligné précédemment le haut niveau de fécondité des adolescentes (15-19 ans) qui contribuent pour 16 pour cent à la fécondité totale des femmes; par ailleurs, l'âge médian à la première naissance (18,0 ans pour les femmes de 20-49 ans) se situe dans cette tranche d'âges. Le Tableau 3.10 et le Graphique 3.5 donnent, par âge détaillé entre 15 et 19 ans, les proportions d'adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes pour la première fois : la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion de femmes ayant commencé leur vie féconde. On remarque que 36 pour cent des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie féconde : 31 pour cent ont déjà au moins un enfant et 5 pour cent sont enceintes pour la première fois. Dès 15 ans, 10 pour cent des femmes ont déjà commencé leur vie féconde et cette proportion augmente régulièrement et rapidement avec l'âge: à 17 ans, 40 pour cent des femmes ont déjà, au moins, un enfant ou sont enceintes et, à 19 ans, près de trois femmes sur quatre (71 pour cent) ont déjà commencé leur vie féconde, la grande majorité (68 pour cent) ayant déjà, au moins un enfant.

Tableau 3.10 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15 à 19 ans ayant déjà eu un enfant ou étant enceintes d'un premier enfant par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	Adolescentes (%) qui sont:		Adolescentes (%) ayant déjà commencé leur vie féconde	
Caractéristique	Mères	Enceintes d'un premier enfant		Effectif
Age				
15	6,0	3,6	9,6	372
16	16,2	7,1	23,3	261
17	32,2	7,3	39,6	326
18	57,9	3,9	61,8	267
19	67,8	2,9	70,8	154
Milieu de résidence				
Niamey	15,6	1,8	17,4	107
Autres villes	31,3	5,3	36,5	156
Ensemble urbain	24,9	3,9	28,7	263
Rural	32,5	5,4	38,0	1116
Région				
Niamey	15,6	1,8	17,4	107
Dosso	29,2	1,7	30,9	199
Maradi	32,6	6,0	38,7	206
Tahoua/Agadez	35,0	4,9	39,9	261
Tillabéri	25,6	5,1	30,7	331
Zinder/Diffa	40,1	8,5	48,6	274
Niveau d'instruction				
Aucun	33,3	5,5	38,9	1117
Primaire ou plus	21,5	3,4	24,8	262
Ensemble	31,1	5,1	36,2	1379



La précocité de la fécondité est beaucoup plus accentuée en milieu rural où 38 pour cent d'adolescentes ont commencé leur vie féconde entre 15 et 19 ans, contre 37 pour cent dans les "autres villes" et 17 pour cent à Niamey (Graphique 3.6). De même, on constate de très forte différences régionales : dans la région de Zinder/Diffa où, curieusement, le niveau de fécondité est le plus faible (ISF de 6,7), près d'une adolescente sur deux (49 pour cent) est déjà mère ou en première grossesse; deux adolescentes sur cinq sont dans la même situation à Tahoua/Agadez (40 pour cent) et à Maradi (39 pour cent), et près d'une adolescente sur trois (31 pour cent) à Dosso et à Tillabéri où la fécondité est la plus élevée (ISF de 8,1). Enfin, selon le niveau d'instruction, on constate que parmi les adolescentes qui ont fréquenté l'école, un quart d'entre elles (25 pour cent) ont commencé leur vie féconde alors que, parmi celles qui n'ont pas d'instruction, 39 pour cent sont déjà mères ou enceintes pour la première fois.

Le Tableau 3.11 fournit enfin la répartition des adolescentes par âge détaillé, selon leur nombre d'enfants. On constate que parmi les adolescentes qui ont déjà eu au moins un enfant (31 pour cent des femmes de 15-19 ans), plus d'un quart en ont déjà eu deux ou plus (9 pour cent par rapport à 31 pour cent). Il s'agit surtout des adolescentes les plus âgées, puisque 21 pour cent des femmes de 18 ans et 31 pour cent de celles de 19 ans ont déjà deux enfants ou plus. La parité moyenne augmente très rapidement avec l'âge : elle atteint 0,4 enfants par femme dès 17 ans et une adolescente de 19 ans a déjà eu, en moyenne, 1,1 enfants.

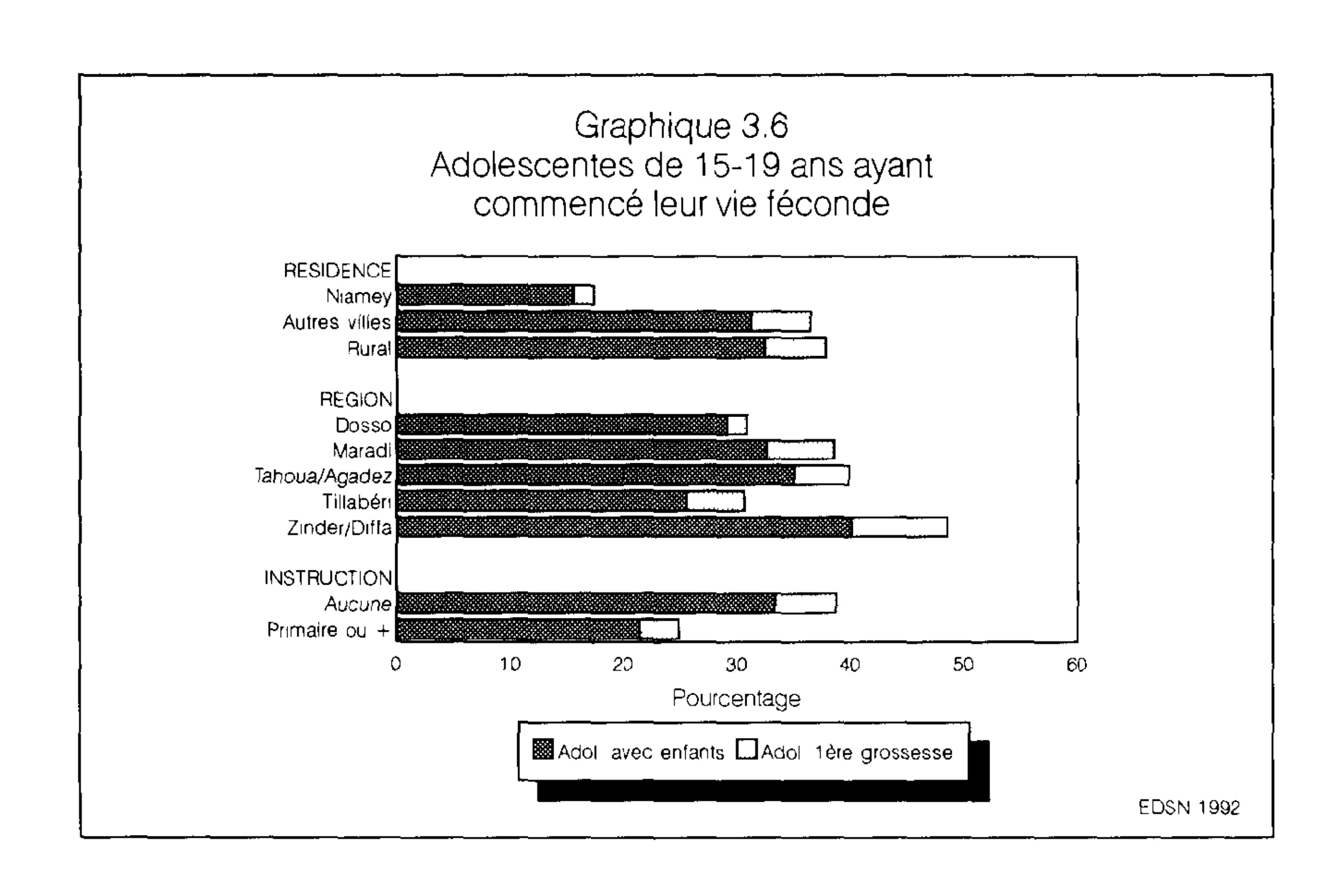


Tableau 3.11 Enfants nés de mères adolescentes

Répartition (en %) des adolescentes âgées de 15 à 19 ans par nombre d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants nés vivants selon l'âge, EDS Niger 1992

Age	Nombre d'enfants nés vivants			Total	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Effectif d'adolescentes
	0	1	2 ou +			
15	94,0	5,6	0,4	100,0	0,06	372
16	83,8	15,2	1,1	100,0	0,17	261
17	67,8	28,3	4,0	100,0	0,37	326
18	42,1	36,7	21,2	100,0	0,85	267
19	32,2	37,2	30,6	100,0	1,11	154
Ensemble	68,9	22,3	8,8	100,0	0,43	1379

CHAPITRE 4

PLANIFICATION FAMILIALE

Au Niger, comme dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, les populations ont toujours un comportement pro-nataliste. Comme par le passé, on fait beaucoup d'enfants pour compenser la forte mortalité infantile, car avoir une famille nombreuse est un prestige, surtout en milieu rural, et malgré l'évolution de la situation socio-économique, les mentalités n'ont pas changé de manière significative.

Cependant, les cas de grossesses et de naissances désirées plus tard qu'elles ne surviennent ou même non désirées sont de plus en plus nombreux au Niger. Face à cette situation, le Gouvernement a franchi le premier pas avec l'ouverture d'un Centre National de Santé Familiale en 1984. Ensuite, en 1988, c'est la promulgation d'une loi facilitant l'accès des femmes aux méthodes contraceptives, c'est-à-dire que désormais les femmes mariées pourront accéder aux méthodes contraceptives modernes sans avoir à présenter l'autorisation écrite de leur mari.

A l'heure actuelle, la contraception est disponible dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les maternités, les centres médicaux, les dispensaires ruraux et même au niveau des équipes de santé villageoises. La volonté politique en matière de planification familiale s'affirme de plus en plus.

Quelques enquêtes ont été menées sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations relatives à la contraception : ces enquêtes CAP ont eu lieu à Niamey en 1987, à Niamey, Maradi et Zinder en 1988-89,[1] et à Niamey, Maradi et Dosso en 1992. Mais aucune enquête d'envergure nationale n'a jusque-là traité de la connaissance, de l'utilisation et du comportement vis à vis de la contraception. Aujourd'hui grâce à l'EDSN, le Niger pourra disposer de données qui permettront d'évaluer les actions entreprises au niveau national en matière de planification familiale afin de pouvoir mieux les élargir et les renforcer.

Au cours de l'EDSN, on a demandé aux femmes interrogées quelles méthodes de contraception elles connaissaient. On s'est ensuite intéressé à l'utilisation passée et/ou actuelle de la contraception, ainsi qu'à l'intention de son utilisation dans le futur. On a enfin demandé aux femmes si elles savaient où se procurer les différents moyens de contraception.

Les méthodes retenues dans le questionnaire peuvent être classées en deux catégories :

- **méthodes modernes** : pilule, DIU ou stérilet, injection, méthodes vaginales (spermicide, diaphragme, mousse, gelée), condom ou préservatif masculin, stérilisation féminine (généralement, ligature des trompes), stérilisation masculine (vasectomie)

- **méthodes traditionnelles** : continence périodique, retrait, gris-gris.

Par ailleurs, toutes les autres méthodes non listées ci-dessus, à savoir, essentiellement, les méthodes traditionnelles (herbes, écorces, etc.), ont été enregistrées dans une catégorie "autres méthodes."

L'analyse des résultats sera consacrée essentiellement aux thèmes suivants :

- connaissance de la contraception

---

[1] Voir : Bashin et Allen, 1989; CNSF et CPSF, 1987.

- pratique de la contraception
- utilisation actuelle de la contraception
- nombre d'enfants à la première utilisation
- connaissance de la période féconde
- source d'approvisionnement de la contraception
- utilisation future et méthodes contraceptives préférées
- information sur la contraception
- *opinions et attitudes vis à vis de la contraception.*

4.1 CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION

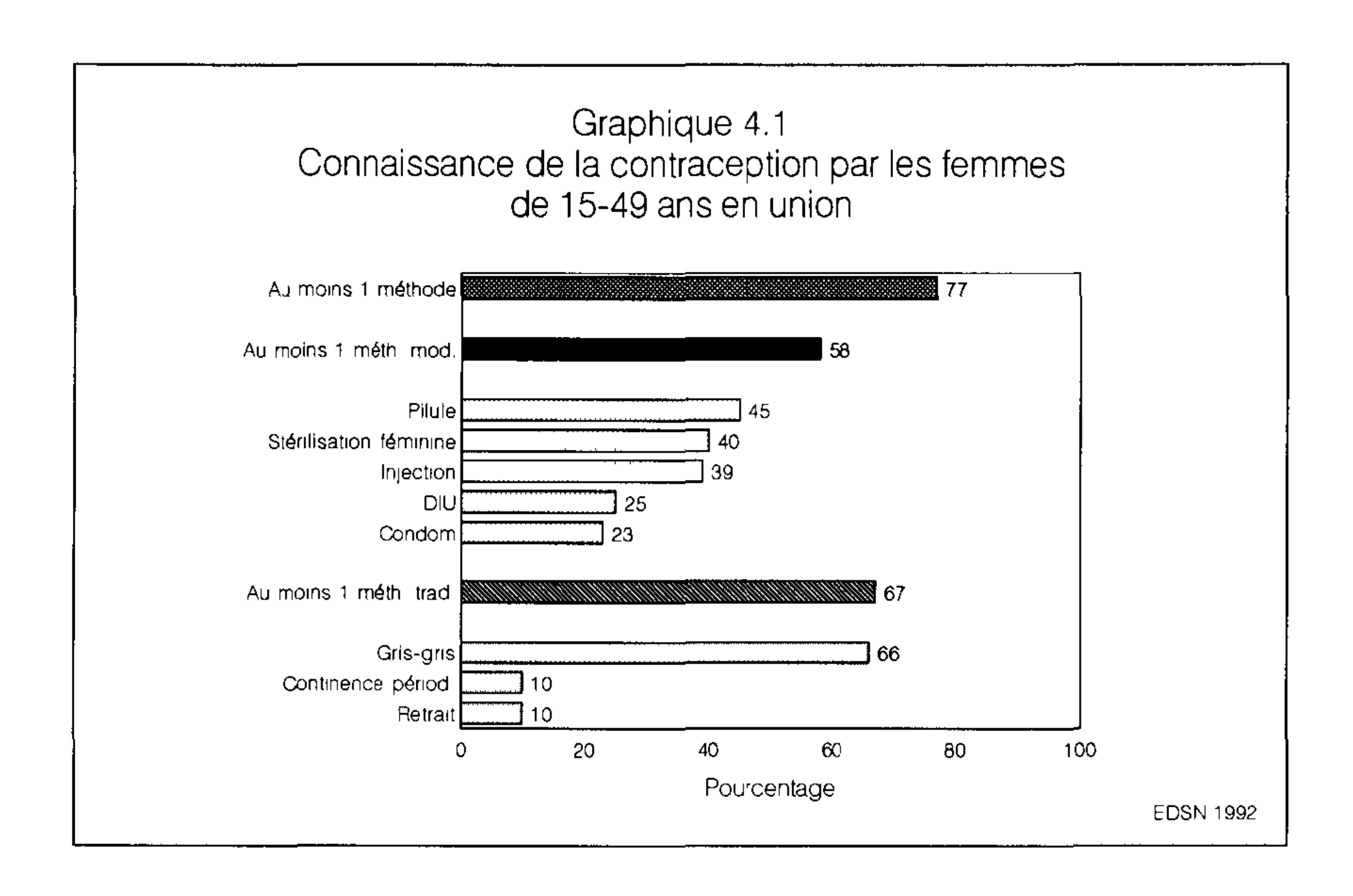
La connaissance des méthodes contraceptives, ainsi que celle du lieu où se les procurer sont les conditions préalables à toute utilisation de la contraception. La connaissance des méthodes a été appréhendée de deux façons différentes : connaissance spontanée et connaissance après description. L'enquêtrice a d'abord demandé à la femme quelles méthodes (aussi bien traditionnelles que modernes) elle connaissait. Ensuite pour les méthodes non citées spontanément, chaque méthode spécifique a été décrite par l'enquêtrice avant de demander à la femme si elle en avait déjà entendu parler. Et pour chaque méthode connue on a demandé à l'enquêtée si elle savait où se la procurer.

Les résultats obtenus montrent que les trois quarts des femmes (76 pour cent) ont déclaré connaître au moins une méthode; si on se limite aux femmes en union, cette proportion est légèrement plus élevée (77 pour cent) (Tableau 4.1 et Graphique 4.1). S'agissant des seules méthodes modernes, 58 pour cent

Tableau 4.1 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes

Pourcentages de femmes et de femmes actuellement en union qui connaissent une méthode contraceptive et pourcentage de celles qui connaissent une source (pour informations ou services) par méthode spécifique, EDS Niger 1992

Méthode contraceptive	Connaît une méthode: Toutes les femmes	Connaît une méthode: Femmes actuellement en union	Connaît une source: Toutes les femmes	Connaît une source: Femmes actuellement en union
N'importe quelle méthode	75,7	77,3	33,2	33,1
Méthode moderne	58,0	58,0	33,0	32,9
Pilule	45,2	44,9	26,5	26,1
DIU	25,3	24,9	15,0	14,6
Injection	39,2	39,3	22,5	22,4
Méthodes vaginales	11,0	11,0	6,9	6,9
Condom	23,9	22,7	12,2	11,3
Stérilisation féminine	39,0	39,9	17,7	17,9
Stérilisation masculine	10,5	10,8	3,2	3,3
Méthode traditionnelle	65,2	67,4	3,5	3,2
Continence périodique	9,9	9,7	3,5	3,2
Retrait	9,6	9,7	0,0	0,0
Gris-gris	63,3	65,6	0,0	0,0
Autres méthodes	6,3	6,8	0,0	0,0
Effectif de femmes	6503	5561	6503	5561



de l'ensemble des femmes et des femmes en union en connaissent au moins une. Le Tableau 4.1 donne également les proportions de femmes ayant déclaré connaître chaque méthode contraceptive spécifique. La pilule est la méthode moderne la plus connue (45 pour cent) suivie de la stérilisation féminine et des injections (39 pour cent); environ une femme sur quatre connaît le stérilet (25 pour cent) et condom (23 pour cent); les méthodes vaginales (11 pour cent) et la stérilisation masculine (11 pour cent) sont les méthodes les moins connues. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, 65 pour cent de l'ensemble des femmes et 67 pour cent des femmes mariées ont déclaré en connaître au moins une: la continence périodique et le retrait connus par moins de 10 pour cent des femmes viennent très loin après les gris-gris, connus par 66 pour cent des femmes en union.

Parmi les femmes en union et l'ensemble des femmes qui ont affirmé connaître une méthode, un tiers seulement (33 pour cent) ont déclaré savoir où se la procurer. Si on se limite aux seules méthodes contraceptives modernes, également 33 pour cent des femmes connaissant une méthode savent où aller pour l'obtenir. En d'autres termes, deux femmes sur trois connaissant une méthode moderne de contraception ne savent pas où se la procurer. Les sources d'approvisionnement des méthodes traditionnelles sont les plus méconnues : seulement 3 pour cent des femmes connaissant la continence périodique savent où s'adresser pour obtenir des conseils sur la façon de l'utiliser.

Il faut souligner que, concernant la connaissance des méthodes modernes, des efforts ont été fournis dans le domaine de l'information et de la sensibilisation des populations depuis la création du Centre National de Santé Familiale (CNSF). C'est ainsi que dans le cadre de l'Information, Education et Communication (IEC), des séances de sensibilisation ont lieu de manière périodique dans presque tous les quartiers de la Communauté Urbaine de Niamey et à l'intérieur du pays, ainsi que par le biais des média.

Le Tableau 4.2 présente les proportions de femmes en union ayant déclaré connaître des méthodes contraceptives et un endroit où se les procurer selon différentes caractéristiques socio-démographiques. La distinction par groupe d'âges quinquennaux montre que, quel que soit le groupe d'âges, près de 8 femmes sur 10 connaissent au moins une méthode contraceptive, sauf pour les femmes de 15-19 ans où la proportion est de 65 pour cent. C'est chez les femmes de 25-29 ans que la connaissance de la contraception est la plus élevée (82 pour cent). Si l'on se limite aux méthodes modernes, on peut observer les mêmes types de variations selon l'âge, mais avec des écarts plus prononcés : la connaissance varie de 49 pour cent à 15-19 ans à 64 pour cent chez les femmes de 25-29 ans, pour diminuer ensuite à 49 pour cent à 45-49 ans. La connaissance d'un endroit où se procurer une méthode moderne de contraception suit les mêmes tendances que la connaissance des méthodes elles-mêmes : ce sont les femmes des âges intermédiaires (20-39 ans), et surtout celles de 25-29 ans (38 pour cent) qui connaissent le mieux les sources d'approvisionnement; les femmes les moins bien informées sont celles de 45 ans et plus (26 pour cent) et celles de moins de 20 ans (22 pour cent).

Tableau 4.2 Connaissance des méthodes contraceptives modernes et des sources des méthodes

Pourcentage de femmes actuellement en union connaissant au moins une méthode moderne et pourcentage de celles connaissant une source (pour informations ou services), par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Connaît une source pour méthode moderne	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-19	64,9	48,9	22,2	779
20-24	77,4	58,3	34,2	1059
25-29	81,6	64,1	37,7	1211
30-34	80,0	59,7	36,1	925
35-39	77,8	59,9	34,9	713
40-44	78,4	58,2	31,3	503
45-49	80,4	48,9	26,1	371
Milieu de résidence				
Niamey	95,1	93,1	76,2	271
Autre villes	92,0	86,3	77,0	520
Ensemble urbain	93,1	88,6	76,8	791
Rural	74,7	53,0	25,6	4770
Région				
Niamey	95,1	93,1	76,2	271
Dosso	85,9	77,1	40,8	760
Maradi	87,3	50,8	28,7	1080
Tahoua/Agadez	81,6	52,4	32,9	1201
Tillabéri	87,2	78,0	30,6	935
Zinder/Diffa	49,6	36,7	24,4	1313
Niveau d'instruction				
Aucun	76,5	56,5	30,5	5136
Primaire ou plus	87,1	76,7	61,8	425
Ensemble	77,3	58,0	32,9	5561

[1]C'est-à-dire: pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes...), condom et stérilisations féminine et masculine.

En ce qui concerne le milieu de résidence, comme l'on pouvait s'y attendre, la contraception est mieux connue en ville qu'en zone rurale. La presque totalité des femmes de Niamey connaissent une méthode quelconque (95 pour cent) ou une méthode moderne (93 pour cent). Dans les "autres villes" ces proportions sont respectivement de 92 et 86 pour cent, et elles passent à 75 et 53 pour cent seulement en milieu rural. Du point de vue régional, on constate que la connaissance de la contraception est très faible à Zinder/Diffa puisque un peu moins de la moitié des femmes de cette région ont déclaré connaître une méthode quelconque et seulement 37 pour cent, une méthode moderne. La connaissance des méthodes modernes de contraception est également faible à Maradi (51 pour cent) et à Tahoua/Agadez (52 pour cent).

En observant les résultats concernant le niveau d'instruction, on peut constater que celui-ci a une forte influence sur la connaissance de la contraception, et surtout sur celle des méthodes modernes : 57 pour cent des femmes mariées n'ayant reçu aucune instruction affirment connaître au moins une méthode moderne contre 77 pour cent des femmes qui ont un niveau d'instruction primaire ou supérieur. Cet écart est encore plus prononcé pour la connaissance d'une source d'approvisionnement : seulement 31 pour cent des femmes sans instruction connaissant une méthode savent où se la procure contre 62 pour cent pour les femmes ayant fréquenté l'école.

4.2 PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

La pratique de la contraception chez les femmes enquêtées est définie comme l'utilisation d'au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie féconde. Aux femmes qui avaient déclaré connaître une méthode contraceptive, les enquêtrices ont demandé si elles avaient déjà utilisé cette méthode. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie des femmes par type de méthode spécifique (Tableau 4.3).

Tableau 4.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes et de femmes actuellement en union ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge, EDS Niger 1992

			Méthodes modernes							Méthodes traditionnelles				
Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injection	Méth. vaginales	Condom	Stéril. fémin.	N'importe quelle méthode tradit.	Contin. périodique	Retrait	Gris-gris	Autres	Effectif de femmes
							TOUTES LES FEMMES							
15-19	3,3	1,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	2,7	0,4	0,3	2,1	0,5	1379
20-24	12,5	5,1	4,5	0,2	0,2	0,2	1,0	0,0	8,9	0,9	0,6	6,9	1,0	1193
25-29	14,1	6,1	5,0	0,4	1,0	0,2	0,5	0,0	10,0	0,6	0,5	8,2	1,5	1278
30-34	15,2	6,9	5,8	0,7	1,0	0,6	0,6	0,2	11,0	1,3	0,6	8,2	2,1	974
35-39	12,7	5,5	4,2	0,4	1,6	0,3	0,2	0,2	7,7	0,6	0,0	5,7	2,0	746
40-44	10,1	3,0	1,9	0,5	1,4	0,4	0,1	0,2	7,8	0,7	0,2	5,9	2,8	528
45-49	8,3	2,4	0,8	0,6	0,5	0,0	0,1	0,8	6,2	0,1	0,0	3,8	3,6	404
Ensemble	10,8	4,4	3,6	0,4	0,7	0,2	0,4	0,1	7,7	0,7	0,4	5,9	1,6	6503
							FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
15-19	4,0	1,3	1,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	3,4	0,5	0,4	2,7	0,7	779
20-24	12,4	4,5	4,2	0,2	0,2	0,1	0,8	0,0	9,4	0,9	0,6	7,3	1,1	1059
25-29	13,4	5,3	4,3	0,3	1,0	0,2	0,3	0,0	9,9	0,4	0,4	8,3	1,5	1211
30-34	15,1	6,4	5,6	0,7	0,9	0,6	0,4	0,1	11,2	1,3	0,6	8,4	2,2	925
35-39	12,3	5,2	4,0	0,4	1,4	0,3	0,2	0,2	7,6	0,6	0,0	5,8	1,9	713
40-44	9,7	2,9	1,9	0,5	1,3	0,4	0,1	0,2	7,6	0,7	0,2	5,8	2,8	503
45-49	8,6	2,6	0,9	0,7	0,5	0,0	0,1	0,8	6,3	0,1	0,0	3,7	3,6	371
Ensemble	11,4	4,4	3,6	0,4	0,8	0,2	0,3	0,1	8,4	0,7	0,4	6,5	1,7	5561

Sur l'ensemble des femmes, 11 pour cent ont déjà utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, les méthodes modernes (4 pour cent) étant moins utilisées que les méthodes traditionnelles (8 pour cent). Parmi ces dernières, le gris-gris est la méthode la plus utilisée (6 pour cent). Parmi les méthodes modernes, la pilule (4 pour cent) est la seule méthode qui a été utilisée par plus de 1 pour cent des femmes.

Pour l'ensemble des méthodes et pour les méthodes modernes, c'est chez les femmes de 25-29 ans (respectivement, 14 et 6 pour cent) et de 30-34 ans (respectivement, 15 et 7 pour cent) que l'utilisation a été la plus importante. Par méthode spécifique et quel que soit l'âge, on constate que seuls la pilule et les gris-gris ont été utilisés par des proportions non négligeables de femmes.

Si on se limite aux femmes en union, on constate que la proportion de femmes ayant déjà utilisé la contraception (11,4 pour cent) est légèrement plus élevée que celle relative à l'ensemble des femmes (10,8 pour cent). En outre, pour les femmes en union, l'utilisation par méthode spécifique est la même que pour l'ensemble des femmes, ainsi que l'utilisation par âge.

4.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

La prévalence contraceptive correspond au pourcentage de femmes qui utilisent une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête. Si 76 pour cent de l'ensemble des femmes enquêtées connaissent au moins une méthode de contraception et 33 pour cent savent où se la procurer, seulement 11 pour cent ont déclaré en avoir déjà utilisé une et 4 pour cent en utilisent une actuellement (Tableau 4.4). Ces

Tableau 4.4 Utilisation actuelle de la contraception

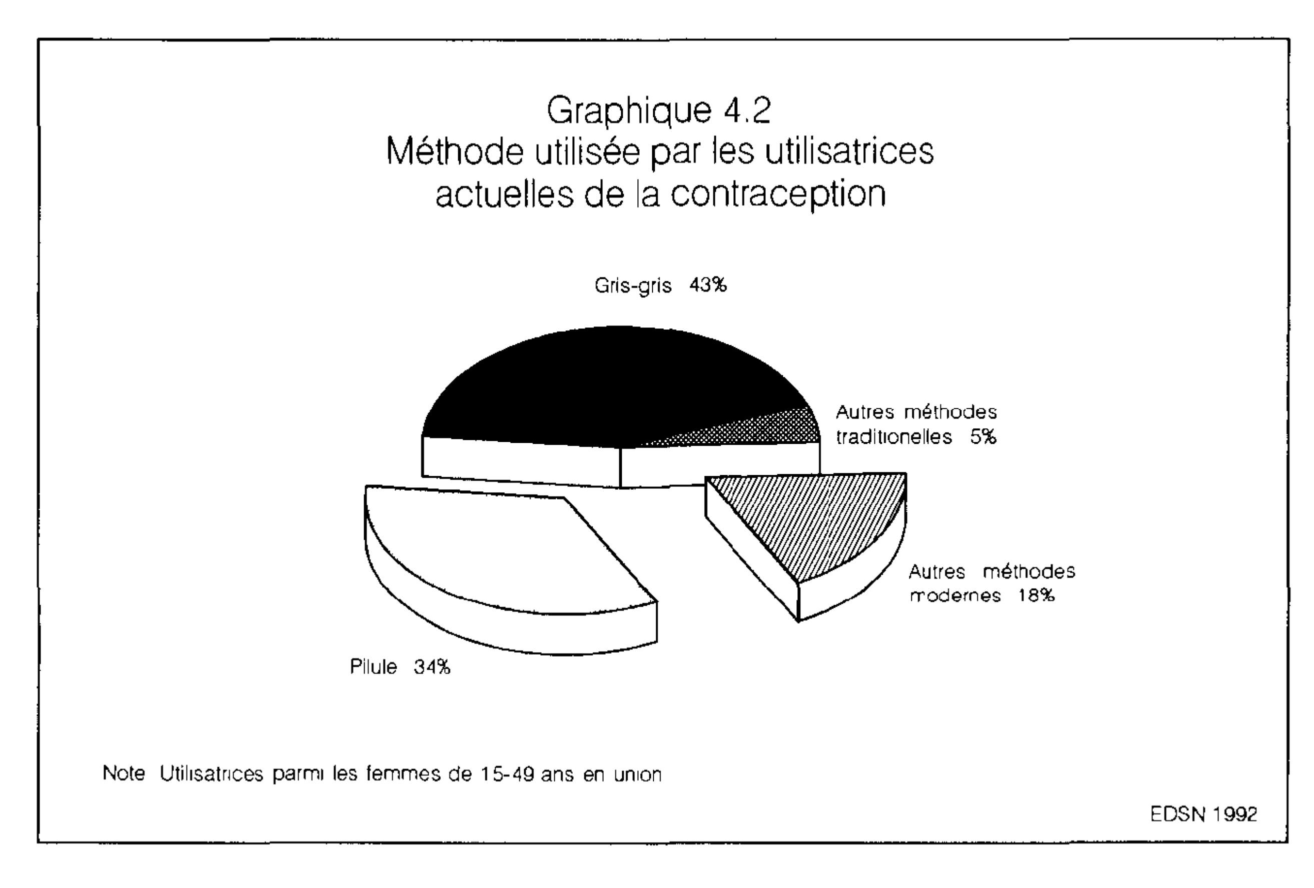
Répartition (en %) de toutes les femmes et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon l'âge, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes: Pilule	DIU	Injection	Méth. vaginales	Condom	Féril. fémin.	N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles: Contin. périodique	Retrait	Gris-gris	Autres	Aucune méthode	Total	Effectif de femmes
TOUTES LES FEMMES																
15-19	1,8	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	1,0	0,1	98,2	100,0	1379
20-24	1,8	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,0	1,0	0,1	98,2	100,0	1379
25-29	5,8	3,2	2,2	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	2,4	0,2	94,2	100,0	1278
30-34	5,8	2,9	1,8	0,4	0,5	0,0	0,1	0,2	2,9	0,1	0,0	2,5	0,3	94,2	100,0	974
35-39	4,7	3,2	2,0	0,1	0,8	0,0	0,0	0,2	1,6	0,1	0,0	1,2	0,3	95,3	100,0	746
40-44	3,4	1,8	0,7	0,2	0,8	0,0	0,1	0,2	1,6	0,1	0,0	1,3	0,3	96,6	100,0	528
45-49	1,8	1,6	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,8	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	98,2	100,0	404
Ensemble	4,4	2,3	1,5	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	2,1	0,1	0,0	1,8	0,2	95,6	100,0	6503
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																
15-19	2,2	0,8	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0	97,8	100,0	779
20-24	2,2	0,8	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0	97,8	100,0	779
25-29	5,4	2,8	1,9	0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	2,3	0,2	94,6	100,0	1211
30-34	5,4	2,6	1,8	0,4	0,4	0,0	0,0	0,1	2,8	0,1	0,0	2,4	0,3	94,6	100,0	925
35-39	4,7	3,0	1,9	0,1	0,7	0,0	0,0	0,2	1,6	0,1	0,0	1,3	0,3	95,3	100,0	713
40-44	3,4	1,7	0,6	0,2	0,6	0,0	0,1	0,2	1,7	0,1	0,0	1,3	0,3	96,6	100,0	503
45-49	2,0	1,7	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,8	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	98,0	100,0	371
Ensemble	4,4	2,3	1,5	0,2	0,5	0,0	0,0	0,1	2,2	0,1	0,0	1,9	0,2	95,6	100,0	5561

proportions sont pratiquement les mêmes si on se limite aux seules femmes en union. En d'autres termes, 96 pour cent de l'ensemble des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception au moment de l'enquête.

Les femmes utilisatrices de la contraception, utilisent autant les méthodes modernes (52 pour cent) que les méthodes traditionnelles (48 pour cent) (Graphique 4.2). Parmi les méthodes modernes, seule la pilule est utilisée par une part importante d'utilisatrices (34 pour cent), et la méthode la plus utilisée par les femmes nigériennes reste le gris-gris (43 pour cent). Par ailleurs, on notera qu'au moment de l'enquête, aucune femme ne pratiquait le retrait et les méthodes vaginales.

Pour l'ensemble des femmes, la prévalence contraceptive augmente légèrement de 15-24 ans (2 pour cent) à 25-34 ans (6 pour cent), puis diminue légèrement chez les femmes plus âgées, pour atteindre 2 pour cent chez les femmes de 45-49 ans, en fin de vie féconde. Pour les méthodes modernes, on observe les mêmes tendances par âge, cependant il faut noter que les femmes de 35 ans et plus utilisent des méthodes plus diversifiées (pilule, mais aussi injections, stérilet et, à 45-49 ans, stérilisation féminine) que les femmes plus jeunes.



Malgré le très faible niveau de prévalence contraceptive au Niger, les données du Tableau 4.5 et du Graphique 4.3 font apparaître de très fortes variations d'utilisation selon le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le nombre d'enfants vivants.

En milieu rural, 2,5 pour cent seulement de femmes en union utilisent une méthode de contraception contre 14 pour cent dans les "autres villes" et 21 pour cent à Niamey : en d'autres termes, dans la capitale, une femme sur cinq pratique actuellement la contraception et cette prévalence est dix fois plus élevée qu'en milieu rural. De plus, la très grande majorité des femmes de Niamey pratiquant la contraception, utilisent des

Tableau 4.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

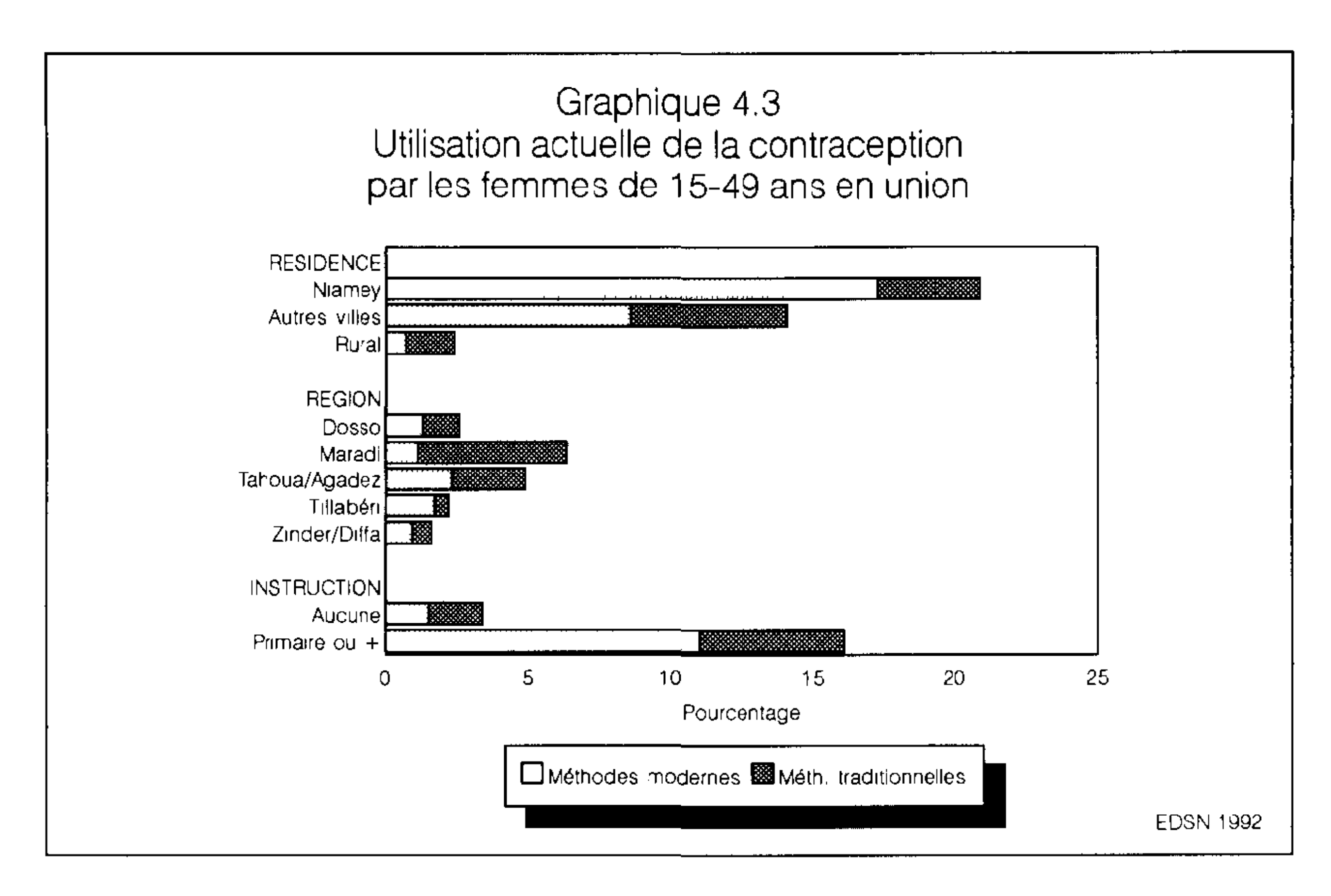
Répartition (en %) des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes: Pilule	DIU	Injection	Condom	Stéril. fémin.	N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles: Contin. périodique	Gris-gris	Autres	Aucune méthode	Total	Effectif de femmes
Milieu de résidence														
Niamey	20,8	17,3	9,3	2,9	4,3	0,4	0,4	3,6	0,6	2,6	0,2	79,2	100,0	271
Autres villes	14,1	8,6	6,6	0,3	1,4	0,0	0,3	5,5	0,3	4,9	0,3	85,9	100,0	520
Rural	2,5	0,7	0,5	0,0	0,1	0,0	0,1	1,7	0,0	1,6	0,2	97,5	100,0	4770
Région														
Niamey	20,8	17,3	9,3	2,9	4,3	0,4	0,4	3,6	0,6	2,6	0,2	79,2	100,0	271
Dosso	2,7	1,3	0,8	0,0	0,1	0,0	0,4	1,3	0,0	1,3	0,0	97,3	100,0	760
Maradi	6,4	1,1	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	5,3	0,0	4,9	0,3	93,6	100,0	1080
Tahoua/Agadez	4,9	2,3	1,6	0,1	0,5	0,0	0,1	2,6	0,0	2,1	0,6	95,1	100,0	1201
Tillabéri	2,2	1,7	1,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,5	0,0	0,5	0,0	97,8	100,0	935
Zinder/Diffa	1,6	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,1	0,6	0,0	98,4	100,0	1313
Niveau d'instruction														
Aucun	3,5	1,5	0,9	0,1	0,4	0,0	0,1	1,9	0,0	1,7	0,2	96,5	100,0	5136
Primaire ou plus	16,1	11,0	8,1	1,1	1,5	0,1	0,2	5,1	0,6	4,2	0,2	83,9	100,0	425
Nombre d'enfants vivants														
Aucun	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	99,8	100,0	796
1	3,5	1,4	1,2	0,0	0,1	0,0	0,1	2,0	0,0	2,0	0,0	96,5	100,0	967
2	5,2	2,2	1,5	0,1	0,3	0,0	0,2	3,1	0,0	2,7	0,3	94,8	100,0	923
3	4,9	3,2	2,5	0,1	0,6	0,0	0,0	1,7	0,2	1,5	0,0	95,1	100,0	865
4 ou +	6,0	3,1	1,7	0,4	0,8	0,0	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	94,0	100,0	2009
Ensemble	4,4	2,3	1,5	0,2	0,5	0,0	0,1	2,2	0,1	1,9	0,2	95,6	100,0	5561

méthodes modernes (17 pour cent par rapport à 21 pour cent), les méthodes les plus utilisées étant la pilule (9 pour cent), les injections (4 pour cent) et le stérilet (3 pour cent). Dans les "autres villes," l'utilisation des méthodes modernes est également importante (9 pour cent) et la méthode la plus pratiquée est la pilule (7 pour cent). A l'opposé, en milieu rural, la pratique contraceptive se limite presque uniquement à l'utilisation des gris-gris (65 pour cent de l'utilisation totale).

En ce qui concerne la région de résidence, on observe que, quelle que soit la méthode, la prévalence varie de 6 pour cent à Maradi à moins de 2 pour cent à Zinder/Diffa. Mais si l'on se limite uniquement à la contraception moderne, il y a peu de différences de prévalence entre les régions : seule la région de Tahoua/Agadez se distingue par une proportion d'utilisatrices légèrement plus élevée qu'ailleurs (plus de 2 pour cent). Pour les méthodes traditionnelles, quelle que soit la région, le gris-gris est la méthode la plus pratiquée.

Comme attendu, le niveau d'instruction influence très fortement l'utilisation de la contraception. La prévalence, très faible, chez les femmes sans instruction (3 pour cent) est plus de cinq fois plus élevée chez celles ayant fréquenté l'école (16 pour cent). De plus, les femmes ayant de l'instruction utilisent, en majorité des méthodes modernes (11 pour cent par rapport à 16 pour cent), principalement la pilule (8 pour cent), alors que les femmes sans instruction utilisent plutôt les gris-gris.



Sur un autre plan, le Tableau 4.5 indique que la pratique actuelle de la contraception augmente avec le nombre d'enfants vivants. Pour l'ensemble des méthodes, la prévalence, pratiquement nulle chez les femmes n'ayant aucun enfant, augmente avec la parité pour atteindre 6 pour cent chez celles qui ont quatre enfants ou plus. Pour les seules méthodes modernes, le taux d'utilisation passe de 1 pour cent chez les femmes ayant un seul enfant à un peu plus de 3 pour cent chez celles ayant trois enfants ou plus.

4.4 NOMBRE D'ENFANTS A LA PREMIERE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte à ce moment-là, répondre à des objectifs différents : retard de la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfant, espacement des naissances si la contraception débute à des parités faibles, ou encore limitation de la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées, c'est-à-dire lorsque le nombre d'enfants désirés est déjà atteint.

Le Tableau 4.6 présente, par groupe d'âges, la répartition des femmes en union en fonction du nombre d'enfants vivants qu'elles avaient au moment où elles ont utilisé la contraception pour la première fois.

Sur l'ensemble des femmes non célibataires, moins de 1 pour cent ont déclaré avoir adopté une méthode contraceptive afin de retarder la première naissance. Cette faible proportion s'explique par le fait qu'au Niger, une fois marié, le souci premier du couple est d'avoir un enfant. D'une part, il y a la pression sociale qui fait que toute la famille attendant impatiemment cet enfant, d'autre part, chaque partenaire veut "tester" sa fécondité. La peur de la stérilité dans les esprits rend extrêmement difficile l'adoption immédiate de la contraception après le mariage. Le besoin d'espacer les naissances apparaît après la naissance du premier enfant survivant, moment auquel 3,5 pour cent des enquêtées ont adopté une méthode contraceptive pour la première fois.

Tableau 4.6 Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Age actuel	Jamais utilisé la contra-ception	Nombre d'enfants à la première utilisation de la contraception 0	1	2	3	4+	ND	Total	Effectif de femmes
15-19	96,1	1,2	2,2	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0	808
20-24	87,6	0,8	5,9	3,9	1,2	0,4	0,2	100,0	1108
25-29	86,0	0,5	4,7	4,1	2,2	2,5	0,0	100,0	1256
30-34	84,8	0,5	3,4	4,3	3,1	3,6	0,3	100,0	973
35-39	87,4	0,8	1,5	1,3	1,4	7,2	0,5	100,0	745
40-44	90,0	0,5	2,5	1,4	0,7	4,9	0,0	100,0	528
45-49	91,7	1,2	1,7	0,8	1,1	3,5	0,0	100,0	404
Ensemble	88,4	0,8	3,5	2,8	1,5	2,8	0,2	100,0	5821

La proportion de femmes ayant commencé à utiliser la contraception alors qu'elles n'avaient aucun enfant ne présente que très peu de variations selon le groupe d'âges. La majorité des utilisatrices les plus jeunes (moins de 30 ans) ont commencé à utiliser la contraception après la naissance du premier enfant, par contre les femmes de plus de 30 ans ont commencé plus fréquemment à utiliser la contraception lorsqu'elles avaient déjà atteint une parité élevée (4 enfants et plus).

4.5 CONNAISSANCE DE LA PERIODE FECONDE

Pour pouvoir mesurer le degré de connaissance des femmes à propos de la période de fécondabilité au cours du cycle menstruel, on a demandé aux enquêtées si elles pensaient, qu'au cours du cycle, il existait une période pendant laquelle elles avaient plus de chances de tomber enceinte et, si oui, à quel moment du cycle se situait cette période. Compte tenu des très nombreuses nuances que peuvent comporter les réponses à cette dernière question, au Tableau 4.7, on a essayé de regrouper les réponses en trois grandes catégories :

- connaissance : "milieu du cycle."
- connaissance douteuse : "juste après la fin des règles," "juste avant le début des règles." Ces réponses sont trop vagues pour pouvoir être considérées comme exactes mais, selon l'idée que se font les femmes du "juste avant" et du "juste après," elles peuvent correspondre à la période de fécondabilité.
- méconnaissance : "pendant les règles," "n'importe quand," "autre," "ne sait pas."

Tableau 4.7 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles ayant déjà pratiqué la continence périodique selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel, EDS Niger 1992

Connaissance de la période féconde	Toutes les femmes	Femmes ayant déjà utilisé la continence pérodique
Connaissance		
Au milieu du cycle	10,9	29,5
Connaissance douteuse		
Juste après les règles	29,3	49,2
Juste avant les règles	5,7	4,9
Ne connait pas		
Pendant les règles	1,1	0,0
A n'importe quel moment	15,3	10,9
Autre	0,5	0,0
Ne sait pas	37,0	5,5
Non déclaré	0,2	0,0
Total	100,0	100,0
Effectif de femmes	6503	46

La majorité des femmes (54 pour cent) n'ont aucune idée de l'existence d'une période particulière ou ne savent pas situer correctement cette période, 35 pour cent en ont une connaissance douteuse et seulement une femme sur dix (11 pour cent) a une connaissance précise de la période où une femme a le plus de chances de tomber enceinte. Si on se limite aux seules femmes utilisatrices de la continence périodique et qui doivent parfaitement connaître ces périodes pour utiliser efficacement cette méthode de contraception, leur connaissance de la période de fécondabilité au cours du cycle est nettement meilleure (30 pour cent); cependant, 54 pour cent de ces femmes n'en ont qu'une connaissance douteuse et surtout 16 pour cent ne savent pas situer la période au cours de laquelle elles doivent s'abstenir de rapports et donc leur pratique est vouée à l'échec.

4.6 SOURCES D'APPROVISIONNEMENT DE LA CONTRACEPTION

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution ou la vente des différentes méthodes modernes de contraception, on a demandé aux utilisatrices actuelles d'identifier l'endroit où elles obtiennent leur méthode. Dans leur grande majorité, les femmes utilisatrices de la contraception moderne s'approvisionnent auprès du secteur public (93 pour cent). Le Tableau 4.8 fait apparaître que pour obtenir leur méthode, les femmes s'adressent principalement aux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (39 pour cent), aux maternités (20 pour cent) et enfin au Centre National de Santé Familiale (15 pour cent). Le secteur médical privé ne ravitaille que 5 pour cent des femmes et dans 1 pour cent des cas, les femmes se procurent leur moyen contraceptif auprès de parentes ou voisines.

Tableau 4.8 Source d'approvisionnement en contraceptifs modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes par source d'approvisionnement la plus récente, selon les méthodes spécifiques, EDS Niger 1992

Source d'approvisionnement	Pilule	Injection	Autres	Ensemble
Secteur public	92,4	98,2	90,1	93,3
Hôpital	1,2	0,0	15,7	3,2
Centre médical	4,3	3,5	1,4	3,7
Centre de santé familiale	12,6	13,3	27,5	14,9
PMI	42,6	48,4	11,0	39,1
Dispensaire	8,9	2,2	7,2	7,3
Maternité	16,0	30,8	25,8	20,4
Pharmacie populaire	6,8	0,0	1,5	4,7
Secteur médical privé	6,3	1,8	3,6	5,0
Cabinet de médecin privé	1,0	0,0	0,0	0,7
Clinique/hôpital	1,4	1,8	3,6	1,8
Pharmacie	3,8	0,0	0,0	2,5
Autre secteur privé	1,4	0,0	3,1	1,3
Parente/Voisine	1,4	0,0	3,1	1,3
NSP	0,0	0,0	3,1	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	98	29	23	150

En observant ces résultats par méthode spécifique, on constate la même tendance : la pilule (92 pour cent), et les injections (98 pour cent) proviennent du secteur public où le service est gratuit et le personnel mieux formé. Pour la pilule, l'intervention du secteur privé est légèrement plus importante que pour les autres méthodes (6 pour cent), essentiellement par le biais des pharmacies (4 pour cent).

4.7 UTILISATION FUTURE ET METHODES CONTRACEPTIVES PREFEREES

On a demandé aux femmes en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Au Tableau 4.9, où l'on a distingué les femmes ayant déjà utilisé une méthode et celles n'en ayant jamais utilisé, figure la répartition des femmes par intention d'utilisation future des moyens contraceptifs, selon le nombre d'enfants nés vivants.

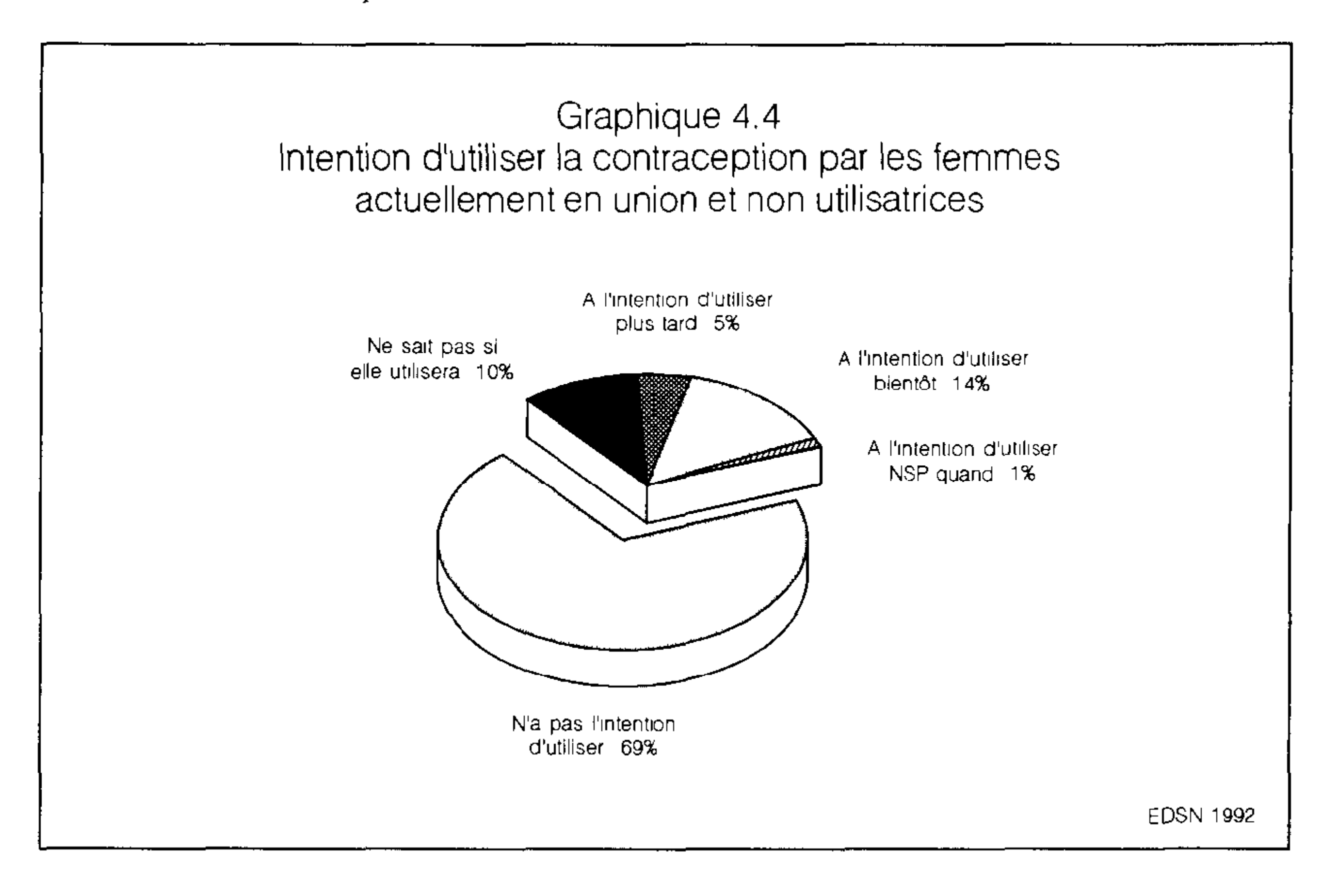
Tableau 4.9 Utilisation future de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Niger 1992

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants[1]					
	0	1	2	3	4 ou +	Ensemble
N'a jamais utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	2,1	10,0	13,5	9,7	13,7	11,0
Intention d'utiliser plus tard	6,9	6,4	3,7	3,6	2,4	4,1
Intention NSP quand	0,5	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2
N'est pas sûre d'utiliser	10,8	9,3	10,6	11,1	9,2	9,9
N'a pas l'intention d'utiliser	78,3	69,4	62,7	64,9	63,6	66,5
ND	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,2
A déjà utilisé la contraception						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	0,4	1,3	3,8	5,1	4,4	3,4
Intention d'utiliser plus tard	0,2	0,4	0,8	0,7	0,5	0,5
Intention NSP quand	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1
N'est pas sûre d'utiliser	0,0	0,0	0,4	0,8	0,8	0,5
N'a pas l'intention d'utiliser	0,7	1,9	3,2	2,2	3,6	2,6
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toutes les femmes actuellement en union et non-utilisatrices						
Intention d'utiliser dans les 12 prochains mois	2,6	11,3	17,3	14,8	18,1	14,4
Intention d'utiliser plus tard	7,2	6,8	4,5	4,3	2,9	4,6
Intention NSP quand	0,5	1,2	1,2	1,5	1,5	1,3
N'est pas sûre d'utiliser	10,8	9,3	10,9	11,8	10,0	10,4
N'a pas l'intention d'utiliser	78,9	71,2	65,9	67,1	67,2	69,1
ND	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	*655*	*920*	*875*	*834*	*2030*	*5314*

[1]Y compris la grossesse actuelle.

Il apparaît que la majorité des femmes non-utilisatrices (69 pour cent) n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. A l'opposé, une femme sur cinq (20 pour cent) a manifesté l'intention de pratiquer la contraception dans le futur (Graphique 4.4). Parmi ces dernières, ce sont surtout les femmes n'ayant jamais utilisé une méthode qui ont l'intention de devenir des utilisatrices (16 pour cent parmi les 20 pour cent) par contre, pour seulement un cinquième des femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir il s'agira d'une réutilisation (4 pour cent par rapport à 20 pour cent). Aux femmes ayant l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, on a demandé dans combien de temps elles pensaient l'utiliser : la majorité des femmes (14 pour cent par rapport à 20 pour cent) pensent pratiquer la contraception dans un avenir proche, c'est-à-dire dans les douze prochains mois.



Les femmes sans enfant ne sont que 10 pour cent à avoir l'intention d'utiliser la contraception et, dans leur majorité (7 pour cent), elles n'ont pas l'intention de le faire dans un avenir proche. Par contre, parmi les femmes ayant déjà au moins un enfant, une sur cinq environ a l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir et cette proportion ne varie que très peu en fonction de la parité; en outre, on remarque que parmi les futures utilisatrices, la part relative de celles ayant l'intention d'utiliser la contraception rapidement (dans moins de douze mois) augmente avec la parité.

Ces résultats confirment ceux déjà présentés sur l'utilisation actuelle de la contraception, à savoir, qu'actuellement au Niger, le recours aux méthodes contraceptives répond essentiellement à un désir d'espacement des naissances et non à un désir de limitation ou encore à une volonté de retarder la naissance du premier enfant.

Au moment de l'enquête, on s'est intéressé aux raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode de contraception. D'après le Tableau 4.10, on se rend compte que le désir d'avoir des enfants est, quel que soit l'âge de la femme, la principale raison invoquée (51 pour cent): cette

Tableau 4.10 Raison de non-utilisation de la contraception

Répartition (en %) des femmes n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive et n'ayant pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, selon l'âge, EDS Niger 1992

Raison de non-utilisation de la contraception	Age 15-29	Age 30-49	Tous les âges
Veut des enfants	63,4	38,2	50,8
Effets secondaires	0,2	0,3	0,2
Problèmes pour la santé	0,3	2,2	1,3
Manque d'information	15,3	14,5	14,9
Difficile à obtenir	1,9	1,8	1,9
Prix	0,4	1,2	0,8
Religion	1,8	2,8	2,3
Fataliste	2,0	3,7	2,8
Opposée au planning familial	0,5	0,9	0,7
Partenaire s'y oppose	2,4	2,6	2,5
Autres personnes désapprouvent	0,5	0,2	0,3
Rapports sexuels peu fréquents	0,5	1,1	0,8
Difficultés à tomber enceinte	2,7	11,3	7,0
Ménopause/Hystérectomie	0,2	11,5	5,8
Ecart entre naissances assez long	3,0	2,9	2,9
Utilisation peu pratique	2,7	3,2	3,0
Autres raisons	1,0	1,1	1,1
Ne sait pas	1,3	0,4	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1841	1832	3673

raison a été invoquée beaucoup plus fréquemment par les femmes les plus jeunes (63 pour cent à moins de 30 ans) que par les femmes plus âgées (38 pour cent à 30 ans et plus). Cependant, il faut noter qu'en dehors du fait d'avoir des enfants, les femmes de 30 ans et plus invoquent surtout la difficulté de tomber enceinte ou la ménopause comme principale raison de non intention d'utilisation de la contraception (23 pour cent). Quel que soit l'âge, la deuxième raison avancée est le manque d'information (15 pour cent). Enfin, les raisons d'ordre religieux ou faisant référence à la fatalité ("C'est la volonté de Dieu") occupent une place non négligeable parmi les motifs invoqués (5 pour cent pour l'ensemble des femmes).

Par ailleurs, pour évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, de préciser la méthode de leur choix. Il ressort des données du Tableau 4.11 que la grande majorité des futures utilisatrices préféreraient utiliser la pilule (53 pour cent) et les injections (23 pour cent). Les autres méthodes modernes n'ont été citées que très rarement, sauf pour le stérilet mentionné dans près de 3 pour cent des cas. La troisième méthode citée le plus fréquemment est le gris-gris (14 pour cent). Au total près d'une femme sur cinq (19 pour cent) aurait l'intention d'utiliser les gris-gris et les autres méthodes "populaires", c'est-à-dire des méthodes dont l'efficacité est plus que douteuse. Cependant, les futures contraceptrices devraient, du moins en intention, beaucoup plus utiliser les méthodes modernes que ne le font les femmes qui pratiquent

aujourd'hui la contraception. Enfin, il est intéressant de noter que la quasi-totalité des femmes ont été capables de préciser leurs préférences, même si elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception dans l'immédiat.

Tableau 4.11 Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future

Répartition (en %) des femmes actuellement en union n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive mais ayant l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par méthode préférée, selon l'intention de l'utiliser dans les 12 prochains mois ou plus tard, EDS Niger 1992

Méthode contraceptive préférée	Intention d'utiliser: Dans les 12 prochains mois	Après 12 mois	NSP quand	Ensemble[1]
Pilule	53,0	51,7	63,8	53,1
DIU	2,7	1,4	2,1	2,5
Injection	24,4	21,3	14,8	23,0
Stérilisation féminine	0,3	0,0	0,0	0,2
Continence périodique	0,1	0,6	0,0	0,2
Retrait	0,2	0,0	0,0	0,1
Gris-gris	13,3	15,9	15,9	14,0
Autres	4,7	7,6	2,1	5,3
ND	1,2	1,5	1,4	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	763	244	69	1082

[1]Y compris les non déterminés

4.8 INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

L'utilisation des média comme support de l'information en matière de contraception peut être un moyen efficace de vulgarisation et de développement de la pratique contraceptive. Aussi a-t-on posé aux femmes la question suivante : "Au cours du mois dernier, avez-vous entendu un message sur le planning familial :

- à la radio?"
- à la télévision?"

Le Tableau 4.12 montre qu'au total, la grande majorité des femmes (80 pour cent) n'avaient entendu aucun message au sujet de la planification familiale au cours du mois précédant l'enquête. Seulement 15 pour cent en avaient entendu parlé à la radio, moins de 1 pour cent à la télévision, et 5 pour cent des femmes en avaient entendu parler par plusieurs moyens de communication (radio et télévision).

Malgré le faible niveau général d'information en matière de planification familiale, la distinction par milieu de résidence dénote des écarts très importants : 85 pour cent des femmes du milieu rural n'ont reçu aucune information sur la contraception à travers les média au cours du mois précédant l'interview; cette proportion n'est que de 62 pour cent dans les "autres villes" et de 45 pour cent à Niamey. Au point de vue régional, ce sont les femmes de Maradi qui sont le moins bien informées, puisque 11 pour cent seulement d'entre elles ont entendu parler de la planification familiale à travers les média, contre 29 pour cent dans le département de Tillabéri, où les femmes sont les mieux informées en la matière. La distinction par niveau d'instruction montre que même chez les femmes ayant fréquenté l'école, seulement 42 pour cent d'entre elles ont eu accès à des informations sur la contraception par le biais des média.

Il est évident que ces résultats sont à mettre en relation avec la disponibilité des moyens d'information : seulement 33 pour cent des ménages nigériens disposent d'une radio et 4 pour cent d'un poste de télévision (voir Chapitre 2 - Caractéristiques des ménages et des enquêtées). Face aux difficultés d'accès aux média, des formules originales et réalistes doivent donc être trouvées pour permettre une meilleure information et sensibilisation des femmes. L'utilisation des leaders d'opinion (les vieilles femmes du village, les matrones, les chefs religieux...) pour faire passer l'information est certainement une des formules qui sont à envisager.

Tableau 4.12 Messages sur la planification familiale diffusés par les média

Répartition (en %) de toutes les femmes selon qu'elles ont entendu ou lu un message diffusé par la radio ou la télévision sur la planification familiale dans le mois précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	Message sur la planification familiale					
Caractéristique	Aucun	A la radio seulement	A la télé. seulement	A la radio et à la télé.	Total	Effectif de femmes
Milieu de résidence						
Niamey	44,5	20,9	1,7	32,7	100,0	435
Autres villes	62,1	21,0	3,0	13,9	100,0	691
Ensemble urbain	55,3	20,9	2,5	21,2	100,0	1126
Rural	85,4	13,2	0,2	1,1	100,0	5377
Région						
Niamey	44,5	20,9	1,7	32,7	100,0	435
Dosso	80,1	17,3	0,5	1,9	100,0	874
Maradi	89,0	9,5	0,4	1,1	100,0	1186
Tahoua/Agadez	85,2	10,9	1,0	2,6	100,0	1414
Tillabéri	71,3	25,5	0,0	3,1	100,0	1149
Zinder/Diffa	86,0	9,9	0,4	3,5	100,0	1445
Niveau d'instruction						
Aucun	82,9	13,9	0,4	2,7	100,0	5809
Primaire ou plus	57,9	20,3	2,0	19,7	100,0	694
Ensemble	80,2	14,5	0,6	4,5	100,0	6503

4.9 OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La connaissance des opinions et attitudes des femmes vis-à-vis de la planification familiale est un préalable à la mise en place de tout programme ou politique en la matière. Or, la femme nigérienne, comme la plupart de ses consoeurs africaines, est limitée dans son pouvoir de décision. En tant que jeune fille, ses parents décident pour elle; en tant qu'épouse, c'est le mari qui prend la relève. Il est donc nécessaire de tenir compte de l'environnement socio-culturel dans lequel vit la femme avant d'entreprendre quelque chose la concernant. La non prise en compte de ce paramètre explique l'échec de plusieurs projets et programmes de planification familiale.

Dans le cas de l'EDSN, pour appréhender l'idée que se font les uns et les autres au sujet de la planification familiale, on a posé des questions relatives à :

- l'opinion des femmes sur la diffusion d'informations au sujet de la planification familiale à la radio et à la télévision;
- la discussion éventuelle avec le conjoint à propos de la planification familiale;
- l'opinion des femmes sur l'utilisation de la contraception et l'idée qu'elles se font de l'opinion de leur mari en la matière.

D'après le Tableau 4.13, la majorité des femmes (73 pour cent) sont favorables à la diffusion d'informations relatives à la planification familiale à la radio et à la télévision. Si cette opinion ne varie que très peu selon l'âge de la femme, on constate, par contre, de fortes différences selon le milieu de résidence. A Niamey, 92 pour cent des femmes approuvent la diffusion d'informations sur la contraception, contre 88 pour cent dans les "autres villes" et 70 pour cent seulement en milieu rural. Du point de vue régional, la proportion de femmes qui sont favorables à ce type d'informations varie de 85 pour cent à Dosso et à Tillabéri à seulement 60 pour cent à Zinder/Diffa. De même, la proportion de femmes favorables à l'information sur la planification familiale varie de façon importante selon le niveau d'instruction : elle passe de 87 pour cent chez les femmes ayant fréquenté l'école à 72 pour cent chez celles qui sont sans instruction.

Malgré les écarts observés entre les caractéristiques socio-démographiques, il faut souligner que même parmi les femmes les moins touchées par les idées modernes (les femmes rurales et les femmes sans instruction) une large majorité (70 pour cent et plus) sont favorables à la diffusion d'informations sur la planification familiale.

Tableau 4.13 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale

Répartition (en %) de toutes les femmes selon qu'elles approuvent ou non la diffusion de messages sur la planification familiale à la radio ou à la télévision, par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Approbation	Désapprobation	Non déclaré	Total	Effectif de femmes
Age					
15-19	69,6	18,9	11,5	100,0	1379
20-24	69,6	18,9	11,5	100,0	1379
25-29	79,3	16,2	4,5	100,0	1278
30-34	74,2	19,4	6,4	100,0	974
35-39	71,9	22,4	5,8	100,0	746
40-44	71,1	20,9	8,0	100,0	528
45-49	64,7	24,7	10,6	100,0	404
Milieu de résidence					
Niamey	91,9	5,9	2,2	100,0	435
Autres villes	87,9	8,8	3,3	100,0	691
Rural	69,8	21,9	8,3	100,0	5377
Région					
Niamey	91,9	5,9	2,2	100,0	435
Dosso	85,2	9,0	5,8	100,0	874
Maradi	66,0	21,1	12,9	100,0	1186
Tahoua/Agadez	71,0	17,7	11,3	100,0	1414
Tillabéri	84,6	12,8	2,6	100,0	1149
Zinder/Diffa	59,5	35,3	5,2	100,0	1445
Niveau d'instruction					
Aucun	71,6	20,7	7,7	100,0	5809
Primaire ou plus	87,2	8,3	4,5	100,0	694
Ensemble	73,2	19,4	7,4	100,0	6503

Les discussions sur la planification familiale par le couple n'est pas une chose courante dans les familles nigériennes. C'est ainsi que 81 pour cent des femmes n'ont jamais discuté avec leur conjoint des problèmes de contraception (Tableau 4.14). Parmi celles qui en ont discuté avec leur mari (19 pour cent), un peu plus de la moitié (11 pour cent) en ont discuté une ou deux fois seulement, et 8 pour cent plus souvent. Bien que les proportions de femmes ayant discuté avec leur mari ne varient qu'assez peu par âge, on notera que les femmes les plus âgées (40-49 ans) sont celles qui ont le moins fréquemment parlé de planification familiale avec leur mari.

Tableau 4.14 Discussion de la planification familiale par le couple

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive par nombre de fois qu'elles ont discuté de la planification familiale avec leur mari au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Nombre de discussions sur la planification familiale: Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	Total	Effectif de femmes
15-19	82,8	12,6	4,6	100,0	505
20-24	77,0	13,3	9,7	100,0	820
25-29	78,4	11,5	10,1	100,0	988
30-34	80,9	10,4	8,8	100,0	740
35-39	82,6	10,0	7,3	100,0	553
40-44	86,2	9,0	4,6	100,0	393
45-49	91,4	5,4	3,2	100,0	295
Ensemble	81,2	10,9	7,8	100,0	4293

Parmi les femmes en union qui connaissent au moins une méthode contraceptive, 71 pour cent approuvent la planification familiale (Tableau 4.15 et Graphique 4.5). Par ailleurs, on a essayé de rapprocher le point de vue de ces femmes de ce qu'en pense, d'après elles, leur mari. D'après ces rapprochements, il apparaît que seulement un peu plus de la moitié des femmes qui approuvent la planification familiale pensent que leur mari est du même avis (36 pour cent par rapport à 71 pour cent): si les femmes se font une idée exacte de l'opinion de leur mari, cela signifierait que 36 pour cent seulement des couples approuveraient la planification familiale. Dans 11 pour cent des cas, la femme approuve la planification familiale mais elle pense que son mari est contre. Parmi les femmes qui désapprouvent la planification familiale (29 pour cent), la majorité pensent que leur mari est du même avis (16 pour cent par rapport à 29 pour cent). Enfin, pour 33 pour cent des femmes, quelle que soit leur opinion, elles n'ont aucune idée de ce qu'en pense leur mari. Du point de vue de l'âge, on n'observe que peu de différences, mais les femmes les plus jeunes semblent être un peu plus favorables que leurs aînées à la planification familiale.

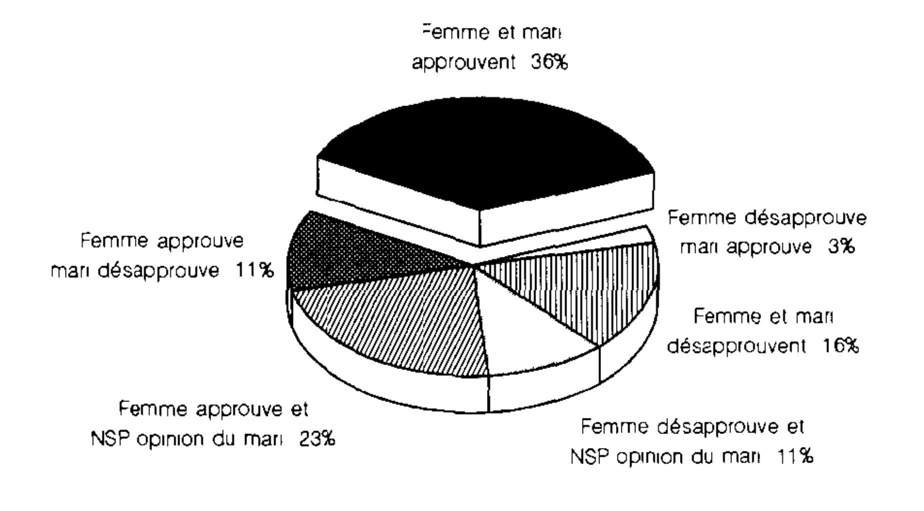
Tableau 4.15 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union connaissant une méthode contraceptive selon leur opinion et leur perception de l'opinion de leur mari, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	L'enquêtée approuve et :			L'enquêtée désapprouve et :					
Caractéristique	Pense que son mari approuve	Pense que son mari désapprouve	NSP l'opinon de son mari	Pense que son mari approuve	NSP l'opinion de son mari	Pense que son mari désapprouve	Non déclaré	Total	Effectif de femmes
Age de l'enquêtée									
15-19	35,7	9,8	26,1	2,6	7,6	18,0	0,2	100,0	505
20-24	41,2	10,6	22,0	2,2	10,3	13,5	0,2	100,0	820
25-29	41,7	9,5	23,1	2,5	9,0	14,2	0,0	100,0	988
30-34	36,8	11,6	22,4	2,3	9,5	17,1	0,3	100,0	740
35-39	31,8	13,8	23,0	2,6	11,8	16,5	0,5	100,0	553
40-44	29,2	14,8	20,4	2,6	15,3	17,0	0,6	100,0	393
45-49	23,7	12,6	21,2	3,2	15,9	22,3	1,1	100,0	295
Milieu de résidence									
Niamey	60,9	14,9	12,7	1,6	2,0	6,2	1,6	100,0	257
Autres villes	41,9	16,6	22,1	1,8	5,8	11,3	0,4	100,0	477
Ensemble urbain	48,6	16,1	18,8	1,8	4,5	9,5	0,9	100,0	734
Rural	33,9	10,4	23,5	2,7	11,8	17,5	0,2	100,0	3559
Région									
Niamey	60,9	14,9	12,7	1,6	2,0	6,2	1,6	100,0	257
Dosso	54,4	8,7	20,5	1,5	7,7	7,1	0,1	100,0	650
Maradi	18,0	9,3	34,5	1,3	18,2	18,0	0,7	100,0	942
Tahoua/Agadez	30,8	14,5	19,1	2,7	13,0	19,9	0,1	100,0	979
Tillabéri	50,3	8,6	18,5	2,9	4,5	14,9	0,2	100,0	814
Zinder/Diffa	26,2	14,3	22,6	4,9	9,7	22,2	0,0	100,0	651
Niveau d'instruction									
Aucun	34,8	11,1	23,4	2,7	11,0	16,7	0,3	100,0	3924
Primaire ou plus	53,8	14,3	15,2	0,5	5,5	10,2	0,4	100,0	370
Ensemble	36,4	11,4	22,7	2,5	10,6	16,1	0,3	100,0	4293

Concernant le milieu de résidence, on peut constater que les femmes de Niamey et celles des "autres villes" sont très largement favorables à la planification familiale (respectivement 89 et 81 pour cent), alors que 68 pour cent seulement des femmes du milieu rural ont la même opinion. Par ailleurs, plus des deux tiers des femmes de Niamey pensent que leur mari approuve également la planification familiale (61 pour cent par rapport à 89 pour cent), contre seulement une femme sur deux dans les "autres villes" et en milieu rural. Les mêmes écarts s'observent enfin selon le niveau d'instruction de la femme : 83 pour cent des femmes ayant fréquenté l'école approuvent la planification familiale, et deux tiers d'entre elles pensent que leur mari a la même opinion (54 pour cent), contre 69 pour cent des femmes sans instruction parmi lesquelles la moitié (35 pour cent) pensent que leur mari est du même avis.

Graphique 4.5
Opinion des femmes et perception de l'opinion de leur mari face à la planification familiale



EDSN 1992

CHAPITRE 5

NUPTIALITE ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

En dehors de la contraception, différents facteurs affectent le comportement procréateur des femmes et jouent ainsi un rôle déterminant sur le niveau de la fécondité : il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum qui feront l'objet du présent chapitre.

5.1 ETAT MATRIMONIAL

Au Niger, le mariage est le cadre presque unique de l'activité sexuelle et, de ce fait, de la procréation. Chez les femmes, encore plus que chez les hommes, le caractère quasi-universel du mariage fait du célibat définitif un phénomène tout à fait marginal. Le mariage constitue ainsi un des éléments les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse.

Comme l'indique le Tableau 5.1, la majorité des femmes interrogées étaient mariées au moment de l'enquête (86 pour cent). Rappelons que dans le cadre de l'EDSN, on a considéré comme mariage toutes les formes d'union, qu'elles soient légales ou non, formelles ou non. Dans le cadre de ce rapport, le terme mariage désigne donc l'ensemble des femmes qui se sont déclarées mariées ou vivant avec quelqu'un. Le célibat ne concerne qu'une femme sur dix et les femmes en rupture d'union (veuves, divorcées, séparées) ne représentent que 4 pour cent de l'ensemble des enquêtées.

Tableau 5.1 Etat matrimonial

Répartition (en %) des femmes par état matrimonial actuel, selon l'âge, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Etat matrimonial: Célibataire	Mariée	Veuve	Divorcée	Séparée	Total	Effectif de femmes
15-19	41,4	56,5	0,0	1,8	0,3	100,0	1379
20-24	7,1	88,7	0,6	3,4	0,2	100,0	1193
25-29	1,7	94,8	0,5	2,5	0,4	100,0	1278
30-34	0,1	95,0	1,2	3,5	0,3	100,0	974
35-39	0,2	95,6	2,2	1,9	0,1	100,0	746
40-44	0,1	95,2	2,4	2,3	0,0	100,0	528
45-49	0,0	91,7	5,6	2,4	0,3	100,0	404
Tous âges	10,5	85,5	1,2	2,6	0,3	100,0	6503

Comme attendu, la proportion de célibataires décline très rapidement avec l'âge, passant de 41 pour cent à 15-19 ans à 2 pour cent seulement dès 25-29 ans et cette proportion est pratiquement nulle à partir de 30 ans (Graphique 5.1). Corrélativement, la proportion de femmes mariées augmente avec l'âge jusqu'à 35-39 ans, puis décline très légèrement du fait de l'augmentation des proportions de femmes en rupture d'union, et plus particulièrement de celle des veuves. Néanmoins, la faible représentation des femmes en rupture d'union laisse supposer que très peu de femmes restent sans conjoint et que les remariages sont nombreux. A ce propos, on peut constater au Tableau 5.2 que près d'un tiers des femmes non-célibataires (30 pour cent) ont contracté plus d'une union : dès 15-19 ans, 11 pour cent des femmes sont concernées et cette proportion passe à 38 pour cent à 30-34 ans. Chez les femmes non-célibataires de 40-49 ans, 42 pour cent se sont mariées plusieurs fois.

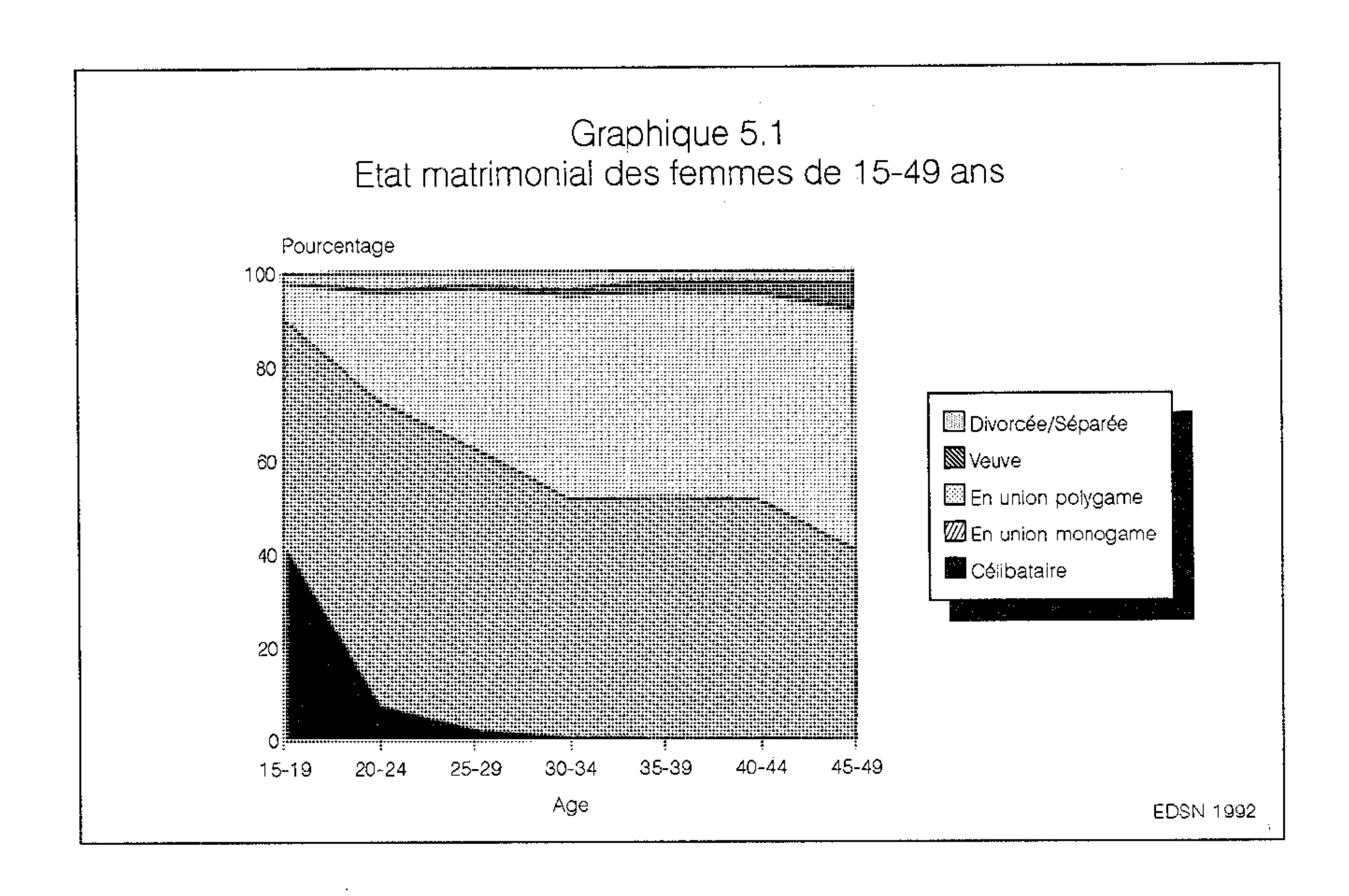


Tableau 5.2 Nombre d'unions

Répartition (en %) des femmes non-célibataires par nombre d'unions selon l'âge, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Nombre d'unions 1	2 ou +	ND	Total	Effectif de femmes
15-19	89,2	10,6	0,2	100,0	808
20-24	77,2	22,7	0,2	100,0	1108
25-29	71,8	27,7	0,5	100,0	1256
30-34	62,1	37,8	0,1	100,0	973
35-39	62,6	37,4	0,0	100,0	745
40-44	58,3	41,7	0,0	100,0	528
45-49	57,6	42,4	0,0	100,0	404
Ensemble des femmes	70,2	29,6	0,2	100,0	5821

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint avait une ou plusieurs autres épouses. Le Tableau 5.3 présente la proportion de femmes en union polygame selon l'âge et certaines caractéristiques socio-démographiques. Il apparaît que la polygamie est très répandue au Niger, elle concerne 31 pour cent de l'ensemble des femmes et plus d'une femme mariée sur trois (36 pour cent) vit dans ce type d'union. Cette dernière proportion augmente régulièrement avec l'âge, passant de 14 pour cent à 15-19 ans à 36 pour cent dès 25-29 ans, pour atteindre 46 pour cent chez les femmes de 30-44 ans; chez les femmes mariées les plus âgées (45-49 ans), plus de la

moitié (56 pour cent) vivent en union polygame (Graphique 5.1). Par milieu de résidence, on constate que le phénomène est beaucoup plus important dans les villes autres que Niamey (43 pour cent), mais qu'il se situe pratiquement au même niveau dans la capitale (35 pour cent) et dans le milieu rural (36 pour cent). Toutes les régions sont concernées par le phénomène, mais la proportion de femmes en union polygame varie de 28 pour cent à Tillabéri à 50 pour cent à Maradi. Le niveau d'instruction des femmes ne semble pas entraîner des différences majeures dans la pratique de la polygamie puisqu'elle concerne 34 pour cent des femmes mariées ayant de l'instruction contre 36 pour cent des femmes sans instruction.

Tableau 5.3 Polygamie

Parmi les femmes actuellement en union, pourcentage de celles en union polygame par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

	Age de la femme							
Caractéristique	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tous âges
Milieu de résidence								
Niamey	16,9	21,6	29,4	38,1	45,0	48,0	64,0	34,8
Autres villes	28,8	35,1	39,6	43,0	58,9	55,7	62,1	43,4
Ensemble urbain	26,0	30,5	35,8	41,4	53,8	53,0	62,7	40,5
Rural	12,3	25,4	36,1	46,7	44,3	45,3	55,2	35,5
Région								
Niamey	16,9	21,6	29,4	38,1	45,0	48,0	64,0	34,8
Dosso	8,7	16,6	32,9	45,9	50,3	36,2	47,8	31,1
Maradi	23,6	43,6	50,9	55,4	53,6	64,5	66,2	50,2
Tahoua/Agadez	16,2	24,2	38,7	45,9	46,6	41,3	56,7	37,1
Tillabéri	7,4	16,0	28,2	40,2	38,5	42,2	55,9	27,8
Zinder/Diffa	13,4	29,0	30,9	42,2	40,5	43,6	45,7	33,0
Niveau d'instruction								
Aucun	13,6	26,3	35,5	45,8	45,1	46,7	56,0	36,4
Primaire ou plus	15,1	25,3	41,8	46,1	62,6	29,9	65,6	33,8
Ensemble	13,7	26,1	36,0	45,8	45,9	46,3	56,1	36,2

Seulement une femme sur cinq en union polygame (20 pour cent) a deux co-épouses ou plus (Tableau 5.4). Selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes, on constate que parmi les femmes en union polygame, celles qui ont le plus de co-épouses (deux ou plus), sont les femmes les plus âgées (24 pour cent à 35-49 ans), les femmes du milieu urbain (29 pour cent), celles de Tahoua/Agadez (22 pour cent) et celles ayant fréquenté l'école (29 pour cent).

Il apparaît donc qu'au Niger, contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays d'Afrique, la fréquence de la polygamie ainsi que le nombre de co-épouses des femmes en union polygame sont plus importantes en milieu urbain qu'en milieu rural et chez les femmes éduquées par rapport aux femmes sans instruction. Le fait d'être instruit et le fait d'habiter en ville sont des indicateurs de "modernité" pouvant être un frein à la pratique de la polygamie, ce qui n'est pas le cas ici. Par contre, instruction et urbanisation caractérisent également des catégories de la population plus favorisées et il semble qu'au Niger, le fait d'appartenir à des couches aisées de la population (instruites et urbanisées) favorise une polygamie plus importante et plus "intense."

Tableau 5.4 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes actuellement en union polygame par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Nombre de co-épouses 1	2 ou +	ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges					
15-19	82,3	15,0	2,6	100,0	107
20-24	81,9	17,6	0,5	100,0	277
25-29	86,6	13,2	0,1	100,0	437
30-34	79,8	19,8	0,4	100,0	424
35-39	76,8	23,2	0,0	100,0	327
40-44	73,7	26,3	0,0	100,0	233
45-49	74,7	24,4	0,9	100,0	208
Milieu de résidence					
Niamey	68,2	31,5	0,3	100,0	94
Autres villes	71,9	27,7	0,5	100,0	226
Ensemble urbain	70,8	28,8	0,4	100,0	320
Rural	81,7	17,9	0,4	100,0	1692
Région					
Niamey	68,2	31,5	0,3	100,0	94
Dosso	82,7	17,1	0,2	100,0	237
Maradi	81,3	18,5	0,3	100,0	542
Tahoua/Agadez	77,5	22,2	0,3	100,0	445
Tillabéri	85,1	14,4	0,5	100,0	260
Zinder/Diffa	78,9	20,3	0,8	100,0	434
Niveau d'instruction					
Aucun	80,7	18,9	0,4	100,0	1869
Primaire ou plus	70,9	28,7	0,4	100,0	144
Ensemble des femmes	80,0	19,6	0,4	100,0	2012

5.2 AGE AU PREMIER MARIAGE ET AGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

5.2.1 Age au premier mariage

Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge d'entrée en union pour la première fois et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo-nuptialité. Il convient de préciser que de nombreuses femmes, en particulier celles qui sont entrées en union très jeunes, ont déclaré s'être mariée à un âge antérieur à leurs premiers rapports sexuels : en fait, dans le cas de mariages très précoces, il peut s'écouler un certain temps entre le mariage et sa consommation. Etant donné qu'ici le mariage est considéré comme le début de l'exposition au risque de grossesse, dans les cas où les rapports sexuels étaient postérieurs au mariage, on a considéré comme âge au mariage l'âge aux premiers rapports, c'est-à-dire l'âge à la consommation du mariage. Le Tableau 5.5 fournit les proportions de femmes déjà entrées en union (ou plus exactement ayant déjà consommé leur union) à différents âges, ainsi que les âges médians à la première union (c'est-à-dire l'âge auquel 50 pour cent des femmes ont déjà consommé leur première union) en fonction de l'âge actuel des enquêtées. On constate que les femmes sont mariées très tôt,

puisque 48 pour cent des femmes de 25-49 ans à l'enquête étaient déjà mariées en atteignant l'âge de 15 ans, et 89 pour cent l'étaient déjà en atteignant 18 ans. L'âge médian au premier mariage de 15,1 ans rend compte de cette précocité de la consommation du premier mariage. De plus, on notera que le calendrier de la primo-nuptialité reste pratiquement inchangé quel que soit le groupe d'âges : les unions restent donc très précoces au Niger, que ce soit dans les générations qui sont entrées en union il y a une trentaine d'années (âgées aujourd'hui de 45-49 ans), que dans les générations les plus récentes, âgées de 20-24 ans au moment de l'enquête.

Tableau 5.5 Age au premier mariage

Pourcentage de femmes ayant déjà consommé leur premier mariage aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais été mariées et âge médian au premier mariage, par âge actuel, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà consommé leur premier mariage à l'âge exact: 15	18	20	22	25	Pourcentage jamais mariées	Effectif	Age médian au 1[er] mariage
15-19	29,6	NA	NA	NA	NA	41,4	1379	a
20-24	47,4	83,3	90,0	NA	NA	7,1	1193	15,1
25-29	47,8	88,3	93,5	96,3	98,1	1,7	1278	15,1
30-34	48,7	88,8	94,4	97,7	98,9	0,1	974	15,1
35-39	44,7	88,2	94,5	97,4	99,1	0,2	746	15,2
40-44	48,1	89,8	94,1	97,2	98,9	0,1	528	15,1
45-49	48,4	87,7	92,9	97,5	99,1	0,0	404	15,1
20-49	47,5	87,3	93,0	96,0	97,3	2,2	5124	15,1
25-49	47,5	88,5	93,9	97,1	98,7	0,6	3931	15,1

NA = Non applicable
[a]Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 sont mariées à l'âge x.

Le calendrier de la primo-nuptialité présente de fortes variations selon le milieu de résidence, les régions et le niveau d'instruction. Comme l'indiquent le Tableau 5.6 et le Graphique 5.2, l'âge médian à la première union pour les femmes de 20-49 ans est beaucoup plus élevé à Niamey (17,1 ans), que dans les "autres villes" et qu'en milieu rural (respectivement 15,2 et 15,0 ans). L'âge médian de 17,1 ans trouvé pour les femmes de Niamey est la conséquence d'un vieillissement de l'âge d'entrée en première union chez les femmes des générations les plus récentes (âgées de moins de 35 ans à l'enquête). En effet, à Niamey, l'âge médian passe de 15,8 ans chez les femmes ayant actuellement 35-39 ans à 18,9 ans chez celles de 20-24 ans. Du point de vue régional, les écarts sont assez faibles puisque l'âge médian ne varie que de 14,8 ans à Maradi et Zinder/Diffa à 15,3 ans à Dosso et Tillabéri. Par contre, le niveau d'instruction atteint par les femmes est, du fait de la fréquentation scolaire, le facteur qui influence certainement le plus directement le calendrier de la primo-nuptialité. C'est ainsi que pour les femmes de 20-49 ans, celles sans niveau d'instruction se sont mariées 2,2 ans plus jeunes que celles ayant fréquenté l'école (respectivement 15,0 et 17,2 ans). Comme pour Niamey ce vieillissement de l'âge d'entrée en première union est surtout le fait des jeunes générations, âgées de moins de 40 ans.

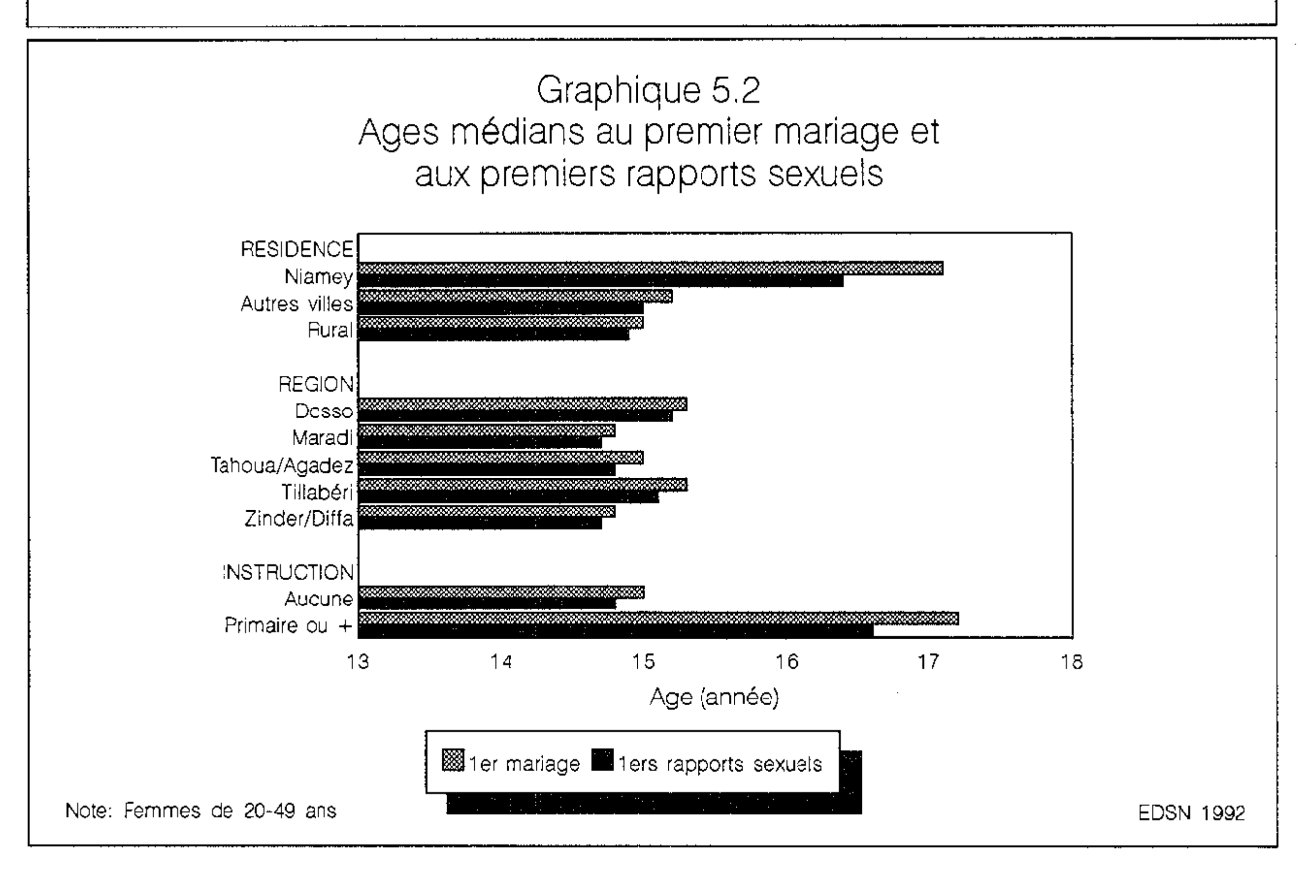
Tableau 5.6 Age médian au premier mariage

Age médian au premier mariage des femmes de 20-49 ans par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Caractéristique	Groupe d'âges 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Femmes 20-49	Femmes 25-49
Milieu de résidence								
Niamey	18,9	16,9	16,7	15,8	15,6	15,8	17,1	16,2
Autres villes	15,8	15,3	15,1	14,8	15,0	14,9	15,2	15,1
Ensemble urbain	16,9	15,7	15,5	15,2	15,2	15,1	15,6	15,4
Rural	14,9	15,0	15,0	15,2	15,0	15,1	15,0	15,0
Région								
Niamey	18,9	16,9	16,7	15,8	15,6	15,8	17,1	16,2
Dosso	15,2	15,2	15,5	15,4	15,5	15,4	15,3	15,4
Maradi	14,7	15,0	14,7	14,8	15,1	14,6	14,8	14,8
Tahoua/Agadez	14,9	15,0	14,9	15,3	15,0	15,4	15,0	15,1
Tillabéri	15,4	15,3	15,4	15,3	15,0	15,1	15,3	15,3
Zinder/Diffa	14,8	14,8	14,7	15,0	14,5	15,1	14,8	14,8
Niveau d'instruction								
Aucun	14,9	14,9	15,0	15,1	15,1	15,1	15,0	15,0
Primaire ou plus	17,3	17,6	16,5	17,5	15,0	15,3	17,2	17,1
Ensemble des femmes	15,1	15,1	15,1	15,2	15,1	15,1	15,1	15,1

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans parce que certaines femmes peuvent encore entrer en union avant d'atteindre 20 ans.

Graphique 5.2
Ages médians au premier mariage et aux premiers rapports sexuels



Note: Femmes de 20-49 ans

EDSN 1992

5.2.2 Age aux premiers rapports sexuels

En tant que déterminant de la fécondité, l'âge aux premiers rapports sexuels est tout aussi important que l'âge à la première union même si, au Niger, le mariage est le cadre presque exclusif de la procréation. Lors de l'enquête, on a donc demandé aux femmes à quel âge elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Au Tableau 5.7, figurent les proportions de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à différents âges et l'âge médian aux premiers rapports sexuels. En atteignant 15 ans, plus d'une femme de 20-49 ans sur deux (51 pour cent) a déjà eu des rapports sexuels, en atteignant 18 ans cette proportion passe à 89 pour cent, et la quasi-totalité des femmes de 20-49 ans (98 pour cent) ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports est très précoce (15 ans pour les femmes de 20-49 ans) et très légèrement inférieur (de 0,1 année) à l'âge médian à la première union. En fait, même si l'âge aux premiers rapports sexuels semblent être très légèrement inférieur à l'âge au premier mariage, cette différence n'est pas significative. En outre, comme pour l'union, aucune tendance ne semble se dessiner vers un vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels.

Tableau 5.7 Age aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes ayant eu leurs premiers rapports sexuels aux âges exacts 15, 18, 20, 22 et 25 ans, pourcentage de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels, et âge médian aux premiers rapports sexuels, par âge actuel, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes ayant déjà eu des rapports sexuels à l'âge exact					Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Age médian aux 1ers rapports sexuels
	15	18	20	22	25			
15-19	31,1	NA	NA	NA	NA	39,1	1379	a
20-24	50,5	84,9	92,0	NA	NA	5,2	1193	15,0
25-29	50,4	90,3	94,7	97,5	98,5	0,9	1278	15,0
30-34	52,4	90,8	95,4	98,3	99,3	0,0	974	14,9
35-39	49,5	89,9	95,6	97,6	99,4	0,1	746	15,0
40-44	51,6	90,1	93,9	96,8	98,4	0,1	528	14,9
45-49	51,9	88,4	93,4	97,1	98,7	0,0	404	14,9
20-49	50,9	88,9	94,2	96,8	97,8	1,5	5124	15,0
25-49	51,0	90,1	94,8	97,6	98,9	0,3	3931	14,9

NA = non applicable
[a]Non calculé parce que moins de 50 pour cent des femmes du groupe d'âges x, x+4 ont eu des rapports sexuels à l'âge x.

Le Tableau 5.8 et le Graphique 5.2 font apparaître le même type de différences entre les âges aux premiers rapports sexuels que celles observées pour les âges à la première union : les femmes ayant les rapports sexuels les plus précoces sont celles du milieu rural (âge médian de 14,9 ans pour les femmes de 20-49 ans à l'enquête), de Maradi et de Zinder/Diffa (14,7 ans) et celles sans instruction (14,8 ans). Cependant les écarts observés entre les âges médians à la première union sont ici légèrement plus réduits: écart de 2,1 ans entre les âges médians à la première union des femmes de Niamey par rapport à celles du milieu rural, par exemple, contre 1,5 ans d'écart pour l'âge médian aux premiers rapports sexuels. Pour expliquer ce

phénomène, on peut supposer que les femmes qui entrent en union très jeunes, comme celles du milieu rural, ont, dans leur ensemble, les premiers rapports au moment de l'union, par contre parmi celles qui se marient plus tardivement, comme celles de Niamey, certaines ont déjà eu des rapports sexuels avant leur entrée en union.

Tableau 5.8 Age médian aux premiers rapports sexuels

Age médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans, par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Caractéristique	Groupe d'âges 20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Femmes de 20-49	Femmes de 25-49
Milieu de résidence								
Niamey	17,7	16,4	16,3	15,7	15,4	15,3	16,4	15,9
Autres villes	15,6	15,1	14,9	14,7	14,8	14,7	15,0	14,9
Ensemble urbain	16,3	15,5	15,3	15,0	15,0	14,9	15,4	15,2
Rural	14,8	14,9	14,8	15,0	14,9	14,9	14,9	14,9
Région								
Niamey	17,7	16,4	16,3	15,7	15,4	15,3	16,4	15,9
Dosso	15,0	15,2	15,4	15,2	15,5	15,2	15,2	15,3
Maradi	14,6	14,9	14,6	14,7	15,1	14,7	14,7	14,8
Tahoua/Agadez	14,7	14,7	14,6	15,0	14,7	15,2	14,8	14,8
Tillabéri	15,3	15,1	15,2	15,1	14,7	14,7	15,1	15,1
Zinder/Diffa	14,7	14,7	14,5	14,9	14,5	14,9	14,7	14,7
Niveau d'instruction								
Aucun	14,7	14,8	14,8	15,0	14,9	14,9	14,8	14,9
Primaire ou plus	16,6	17,1	16,0	17,2	14,8	14,5	16,6	16,6
Ensemble des femmes	15,0	15,0	14,9	15,0	14,9	14,9	15,0	14,9

Note: L'âge médian n'est pas calculé pour les femmes de 15-19 ans parce que certaines femmes peuvent encore avoir leurs premiers rapports avant d'atteindre 20 ans.

5.3 ACTIVITE SEXUELLE

En l'absence de contraception, la fréquence des rapports sexuels est un facteur pouvant jouer un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse. Le Tableau 5.9 porte sur l'activité sexuelle des femmes : il concerne uniquement les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels avant l'enquête (qui représentent 91 pour cent des enquêtées). Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports, un peu plus des deux tiers (69 pour cent) sont considérées comme sexuellement actives au moment de l'enquête : en effet, elles ont déclaré avoir eu au moins une fois des rapports sexuels durant les quatre semaines ayant précédé l'interview. Les femmes sexuellement inactives sont considérées comme étant en abstinence, soit à la suite d'une naissance (abstinence post-partum : 8 pour cent), soit pour d'autres raisons (abstinence prolongée : 23 pour cent). Quelle que soit la raison de l'abstinence, elle dure depuis moins de 2 ans pour la majorité des femmes. Les proportions de femmes sexuellement actives ne varient qu'assez peu en fonction de l'âge, sauf pour les femmes les plus âgées (40-49 ans) qui sont plus sexuellement actives que les autres (78 pour cent). De même, on n'observe

Tableau 5.9 Activité sexuelle récente

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête et par durée d'abstinence (post-partum ou non), selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Sexuellement active dans les 4 dernières semaines	Non sexuellement active dans les 4 dernières semaines: En abstinence (post-partum) 0-1 an	En abstinence (post-partum) 2 ans ou +	En abstinence (non post-partum) 0-1 an	En abstinence (non post-partum) 2 ans ou +	ND	Total	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	64,5	10,4	0,1	21,9	0,9	2,2	100,0	840
20-24	64,8	10,2	0,9	21,9	1,6	0,7	100,0	1131
25-29	68,3	9,0	0,6	20,7	1,2	0,1	100,0	1266
30-34	68,4	6,3	0,5	22,2	2,2	0,4	100,0	974
35-39	71,8	4,1	0,6	19,9	3,2	0,4	100,0	745
40-44	78,0	3,0	0,3	15,6	3,2	0,1	100,0	528
45-49	78,0	0,5	0,3	13,1	7,7	0,4	100,0	404
Durée de mariage (en années)								
0-4	65,5	9,2	0,2	21,9	1,1	2,1	100,0	961
5-9	66,9	10,2	0,5	20,6	1,4	0,3	100,0	1023
10-14	67,4	8,6	0,7	21,3	1,8	0,2	100,0	1249
15-19	68,2	6,7	0,4	22,3	1,9	0,5	100,0	964
20-24	72,8	3,7	0,6	20,0	2,7	0,3	100,0	739
25 ou +	78,8	2,0	0,2	13,7	5,2	0,2	100,0	885
Jamais mariées	30,9	23,8	6,9	31,6	4,3	2,6	100,0	68
Milieu de résidence								
Niamey	63,6	5,9	1,9	22,6	5,5	0,5	100,0	337
Autres villes	72,3	6,0	0,7	17,7	3,1	0,2	100,0	595
Ensemble urbain	69,1	6,0	1,1	19,5	4,0	0,3	100,0	932
Rural	69,1	7,5	0,4	20,4	2,0	0,7	100,0	4957
Région								
Niamey	63,6	5,9	1,9	22,6	5,5	0,5	100,0	337
Dosso	65,7	6,4	1,7	23,1	3,2	0,0	100,0	784
Maradi	73,9	9,6	0,0	13,5	1,6	1,4	100,0	1121
Tahoua/Agadez	67,8	6,5	0,2	22,8	2,5	0,1	100,0	1288
Tillabéri	61,5	8,7	0,7	25,9	2,2	1,0	100,0	984
Zinder/Diffa	75,0	5,8	0,0	17,2	1,4	0,6	100,0	1375
Niveau d'instruction								
Aucune	69,5	7,1	0,5	20,0	2,3	0,7	100,0	5391
Primaire ou plus	64,6	8,8	0,9	23,4	2,1	0,3	100,0	498
Méthode contraceptive utilisée								
Aucune	68,6	7,3	0,5	20,5	2,4	0,6	100,0	5609
Pilule	83,3	2,4	0,0	14,3	0,0	0,0	100,0	98
Autres	78,0	6,6	0,0	15,4	0,0	0,0	100,0	182
Ensemble des femmes	69,1	7,2	0,5	20,3	2,3	0,6	100,0	5889

qu'assez peu de différences en fonction de la durée de l'union; seules les femmes en union depuis 25 ans et plus se déclarent plus fréquemment actives que les autres (79 pour cent). En outre, il faut souligner ici que près du tiers des femmes qui ne sont pas en union ont dit avoir eu des rapports sexuels dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête (31 pour cent). Du point de vue du milieu et de la région de résidence, les femmes de Niamey (64 pour cent) et celles de Tillabéri (62 pour cent) sont celles qui semblent avoir eu une activité sexuelle légèrement plus faible que les autres femmes durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête.

L'utilisation actuelle de la contraception apparaît comme étant un critère déterminant de l'activité sexuelle : en effet, les femmes actuellement utilisatrices sont celles qui ont été les plus sexuellement actives dans les quatre semaines ayant précédé l'enquête, et aussi celles ayant le moins pratiqué l'abstinence post-partum.

Au Tableau 5.10 figurent la fréquence des rapports sexuels par âge durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête ainsi que la fréquence des rapports habituels. En ce qui concerne l'activité sexuelle la plus récente, 27 pour cent des femmes sexuellement actives (19 pour cent par rapport à 69 pour cent) ont eu plus

Tableau 5.10 Fréquence des rapports sexuels

Répartition (en %) des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels par nombre de rapports durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête, et par nombre de rapports habituels par mois selon l'âge, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Nombre de rapports sexuels				Total	Effectif de femmes
	0	1-4	5 ou +	ND		
LES 4 DERNIERES SEMAINES						
15-19	34,3	41,8	22,7	1,2	100,0	840
20-24	34,5	44,8	20,1	0,7	100,0	1131
25-29	31,4	50,4	18,0	0,2	100,0	1266
30-34	31,1	51,1	17,3	0,4	100,0	974
35-39	27,6	54,5	17,2	0,6	100,0	745
40-44	21,9	59,7	18,3	0,1	100,0	528
45-49	21,6	62,8	15,2	0,4	100,0	404
Ensemble des femmes	30,4	50,4	18,7	0,5	100,0	5889
HABITUELLEMENT EN 4 SEMAINES						
15-19	2,3	44,8	51,5	1,4	100,0	840
20-24	1,5	49,4	48,5	0,6	100,0	1131
25-29	0,8	52,8	46,3	0,1	100,0	1266
30-34	0,8	51,7	47,1	0,4	100,0	974
35-39	1,6	51,5	45,8	1,1	100,0	745
40-44	0,7	62,4	36,7	0,2	100,0	528
45-49	1,0	64,7	33,9	0,4	100,0	404
Ensemble des femmes	1,3	52,3	45,8	0,6	100,0	5889

de cinq fois des rapports dans les quatre dernières semaines. En outre, la fréquence des rapports sexuels diminue avec l'avancement en âge : à 15-19 ans, 23 pour cent des femmes ont eu des rapports cinq fois ou plus durant les quatre dernières semaines, contre 15 pour cent seulement des femmes de 45-49 ans. Habituellement, la très grande majorité des femmes se sont déclarées sexuellement actives : seulement 1 pour cent des enquêtées ont déclaré ne pas avoir, habituellement, de rapports sexuels. Par ailleurs, la fréquence habituelle des rapports sexuels est beaucoup plus élevée que celle observée durant la période la plus récente puisqu'ici près d'une femme sur deux (46 pour cent) a déclaré avoir, habituellement, des rapports sexuels cinq fois ou plus en quatre semaines.

5.4 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend de différents facteurs tels que la longueur de l'intervalle séparant la naissance de l'enfant et le retour de l'ovulation (aménorrhée post-partum), et la longueur de l'intervalle pendant lequel la femme s'abstient de rapports sexuels (abstinence post-partum). La durée de l'aménorrhée post-partum peut elle-même varier en fonction de la fréquence et de l'intensité de l'allaitement au sein. La combinaison de ces facteurs, examinés successivement dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de la non-susceptibilité. Une femme est considérée non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle ne peut pas tomber enceinte), ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données contenues dans le Tableau 5.11 concernent les naissances des trois dernières années dont les mères sont encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non-susceptibles d'être exposées au

Tableau 5.11 Aménorrhée, abstinence et non-susceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en période de non-susceptibilité post-partum, par nombre de mois écoulés depuis la naissance, et durées médiane et moyenne, EDS Niger 1992

Nombre de mois depuis la naissance	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
< 2	93,3	80,1	98,3	263
2-3	86,8	29,0	89,0	286
4-5	84,9	9,7	85,1	256
6-7	71,1	9,4	72,1	232
8-9	73,8	6,4	74,1	245
10-11	70,4	8,0	72,1	221
12-13	56,8	8,8	59,2	307
14-15	53,0	5,1	54,7	251
16-17	42,1	3,1	42,4	151
18-19	39,9	4,0	42,5	191
20-21	22,9	3,5	24,6	184
22-23	22,3	3,2	23,5	177
24-25	8,4	1,8	9,7	332
26-27	3,0	2,1	5,1	333
28-29	7,7	0,6	8,3	206
30-31	4,7	1,1	5,8	157
32-33	3,1	0,4	3,4	229
34-35	1,1	1,1	2,3	198
Ensemble	42,9	10,8	44,5	4219
Médiane	15,2	2,0	15,8	-
Moyenne	15,2	3,9	15,7	-
Prévalence/incidence	15,2	3,8	15,8	-

risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. Cette distribution de la proportion de naissances selon le mois écoulé depuis la naissance est analogue à la série des survivants (S_x) d'une table de mortalité. Figurent également au Tableau 5.11 les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité, ainsi que la moyenne "prévalence/incidence."[1]

Au Niger, près de trois femmes sur quatre (74 pour cent) restent en aménorrhée pour au moins 9 mois, et un peu plus d'une femme sur deux (53 pour cent) pour au moins 15 mois. Au-delà de 23 mois, la proportion de femmes dont les règles n'ont pas encore repris est inférieure à 10 pour cent. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 15,2 mois, ce qui correspond également à la valeur moyenne. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement qui agissent sur le retour de l'ovulation expliquent, en partie, ces durées longues, bien que l'on constate par ailleurs que la durée médiane de l'aménorrhée (15,2 mois) est inférieure de près de 25 pour cent à celle de l'allaitement (estimée à 21,5 mois au Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel).

L'abstinence post-partum est largement pratiquée au Niger, mais seulement pour une courte période. Le Tableau 5.11 indique que si 80 pour cent des femmes s'abstiennent de rapport sexuels pendant les deux premiers mois suivant une naissance, cette proportion passe ensuite à 29 pour cent à 2-3 mois, et seulement 10 pour cent des femmes s'abstiennent pour au moins 5 mois. Ces résultats ne sont guère surprenants pour une population qui adhère aux valeurs islamiques selon lesquelles les femmes doivent s'abstenir de rapports sexuels pendant les quarante jours qui suivent une naissance. Les durées moyenne et médiane de l'abstinence post-partum sont respectivement de 3,9 mois et 2,0 mois. La reprise des relations sexuelles a donc lieu assez rapidement après l'accouchement et, de ce fait, on peut dire que l'abstinence post-partum ne contribue que pour une part négligeable à l'espacement des naissances.

Le Tableau 5.11 fournit également les proportions de naissances des mères qui sont considérées comme non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance du dernier enfant. En absence d'allaitement et/ou d'abstinence post-partum, la période de non-susceptibilité peut varier d'un mois à plus de deux ans. Un peu moins de trois femmes sur quatre (74 pour cent) sont en période de non-susceptibilité pour au moins 9 mois après la naissance d'un enfant, et ce n'est qu'après une période de 15 mois que cette proportion passe en-dessous de 50 pour cent. La durée médiane de non-susceptibilité est de 15,8 mois et sa moyenne s'établit à 15,7 mois.

Par rapport aux caractéristiques socio-démographiques (Tableau 5.12), on constate tout d'abord que les durées d'aménorrhée, d'abstinence et de non-susceptibilité ne présentent que peu de variations selon l'âge de la femme. Par contre, ces différentes durées varient de façon importante selon le milieu et la région de résidence, et le niveau d'instruction. La durée médiane d'aménorrhée est beaucoup plus courte chez les femmes de Niamey (8,6 mois) que chez celles des "autres villes" (12,7 mois) et surtout que chez celles vivant en milieu rural (16,2 mois) : les écarts de fréquence et d'intensité de l'allaitement (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel) en sont en partie la cause. Du point de vue de l'abstinence post-partum, la durée médiane ne varie qu'assez peu, de 2,7 mois à Niamey à 1,8 mois dans les "autres villes", ce qui dénote une influence aussi importante des valeurs islamiques dans chaque milieu de résidence. Compte tenu des écarts observés, principalement dans la durée d'aménorrhée, la période de non-susceptibilité présente également de fortes variations : sa durée médiane passe de 8,9 mois à Niamey à 13,2 mois dans les "autres villes" et à 16,6 mois en milieu rural. Au niveau régional, c'est à Maradi que les durées médianes d'aménorrhée (17,5 mois), d'abstinence (2,3 mois) et donc de non-susceptibilité (17,9 mois) sont les plus longues.

---

[1] La moyenne "prévalence/incidence" est calculée, pour l'aménorrhée par exemple, en divisant le nombre d'enfants dont les mères sont encore en aménorrhée au moment de l'enquête (prévalence) par le nombre moyen de naissances par mois (incidence), estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et d'erreurs possibles de période de référence.

Tableau 5.12 Durée médiane de la non-susceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence, et de non-susceptibilité post-partum, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Non-susceptibilité post-partum	Effectif de naissances
Groupe d'âges				
< 30 ans	14,3	2,1	15,1	2743
30 ans ou +	16,4	1,9	16,6	1475
Milieu de résidence				
Niamey	8,6	2,7	8,9	216
Autres villes	12,7	1,8	13,2	444
Ensemble urbain	11,4	2,0	11,8	659
Rural	16,2	2,1	16,6	3559
Région				
Niamey	8,6	2,7	8,9	216
Dosso	15,3	1,5	15,6	586
Maradi	17,5	2,3	17,9	801
Tahoua/Agadez	12,6	2,1	14,0	915
Tillabéri	16,5	2,2	16,8	775
Zinder/Diffa	15,7	2,0	15,9	926
Niveau d'instruction				
Aucun	15,8	2,0	16,1	3819
Primaire ou plus	11,3	2,1	11,5	400
Ensemble des femmes	15,2	2,0	15,8	4219

S'agissant du niveau d'instruction, la durée d'aménorrhée est plus courte chez les femmes ayant fréquenté l'école (11,3 mois contre 15,8 mois pour les femmes sans instruction) : là encore, les différences de fréquence et d'intensité de l'allaitement entre ces deux catégories de femmes sont certainement en cause. Par contre, les durées médianes d'abstinence ne présentent pratiquement aucune différence. Conséquence des écarts de durée constatés pour l'aménorrhée, la période de non-susceptibilité varie de 16,1 mois chez les femmes sans instruction à 11,5 mois chez celles ayant fréquenté l'école.

Le Tableau 5.13 présente trois indicateurs rendant compte de la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30 ans et plus. Le premier indicateur est la proportion de femmes en ménopause, à savoir la proportion de femmes actuellement en union qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause. Sur l'ensemble des femmes de 30-49 ans, 16 pour cent sont considérées comme étant en ménopause. Comme attendu, cette proportion augmente rapidement avec l'âge : elle est de 6 pour cent à 30-34 ans puis, entre 44 et 45 ans, elle est d'environ 29 pour cent; à 48-49 ans, 51 pour cent des femmes sont en ménopause. Le second indicateur présenté concerne l'infécondabilité définitive : une femme en union de façon permanente pendant les cinq ans ayant précédé l'enquête qui n'a pas utilisé la contraception, qui n'a pas eu de naissance pendant les cinq dernières années et qui n'est pas enceinte, est classée dans cette catégorie. L'infécondabilité définitive concerne une forte proportion de femmes de 30-49

ans (31 pour cent) : comme pour la ménopause, les proportions augmentent rapidement avec l'âge, passant de 12 pour cent à 30-34 ans à 45 pour cent à 42-43 ans et à 82 pour cent à 48-49 ans. Le dernier indicateur concerne l'abstinence prolongée : il s'agit simplement de la proportion de femmes actuellement mariées qui n'ont pas eu de rapports sexuels pendant les trois années ayant précédé l'enquête. Ces proportions sont très faibles puisque moins de 1 pour cent de l'ensemble des femmes de 30-49 ans sont concernées.

Tableau 5.13 Fin d'exposition au risque de grossesse

Pourcentage de femmes de 30-49 ans actuellement en union qui sont en ménopause, en infécondabilité définitive et en abstinence de longue durée par âge, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Ménopause[1]	Infécondabilité définitive[2]	Abstinence prolongée[3]
30-34	5,7	11,7	0,4
35-39	9,7	24,7	0,3
40-41	15,7	43,7	1,3
42-43	14,8	44,8	0,5
44-45	29,4	59,3	0,0
46-47	34,4	71,3	2,4
48-49	51,4	82,2	1,3
Femmes de 30-49 ans	16,2	30,7	0,6

[1]Pourcentage de femmes actuellement en union, ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause;
[2]Pourcentage de femmes continuellement en union, qui n'ont pas utilisé la contraception, qui n'ont pas eu de naissance durant les cinq années précédant l'enquête et qui ne sont pas enceintes;
[3]Pourcentage de femmes actuellement en union qui n'ont pas eu de rapports sexuels durant les trois années précédant l'enquête.

CHAPITRE 6

PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

L'analyse des préférences en matière de fécondité a une importance capitale pour évaluer les tendances à venir de la fécondité. Malgré l'importance de ce sujet, c'est la première fois que des données qui s'y rapportent sont recueillies au Niger, ce qui restreint les possibilités de comparaisons qui auraient pu étayer l'analyse. Lors de l'enquête, les questions posées aux femmes en union permettent d'aborder le problème à travers les points suivants : le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires, le délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant, les besoins en matière de planification familiale et le nombre total d'enfants désirés.

Il faut préciser que les questions sur les attitudes envers la procréation sont généralement assez délicates à poser : de ce fait, l'interprétation des données relatives à ce thème a toujours été un sujet de controverse, en particulier dans des pays comme le Niger où la prévalence contraceptive est très faible et où les pressions socio-culturelles influencent encore largement les décisions en matière de fécondité. Ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début de mariage, les réponses sont certainement liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur passé.

Toutefois, il est reconnu que même dans des pays où les femmes ont peu d'instruction ou sont analphabètes, elles sont en mesure de donner des réponses quantitatives fiables à des questions sur les préférences en matière de fécondité, pourvu qu'on arrive à formuler ces questions de façon appropriée.

6.1 DESIR D'ENFANTS SUPPLEMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants (supplémentaires) dans l'avenir dépend généralement du nombre d'enfants actuellement en vie et de l'âge. Il ressort des Tableaux 6.1 et 6.2 que ces deux variables sont déterminantes dans l'analyse du désir d'enfants.

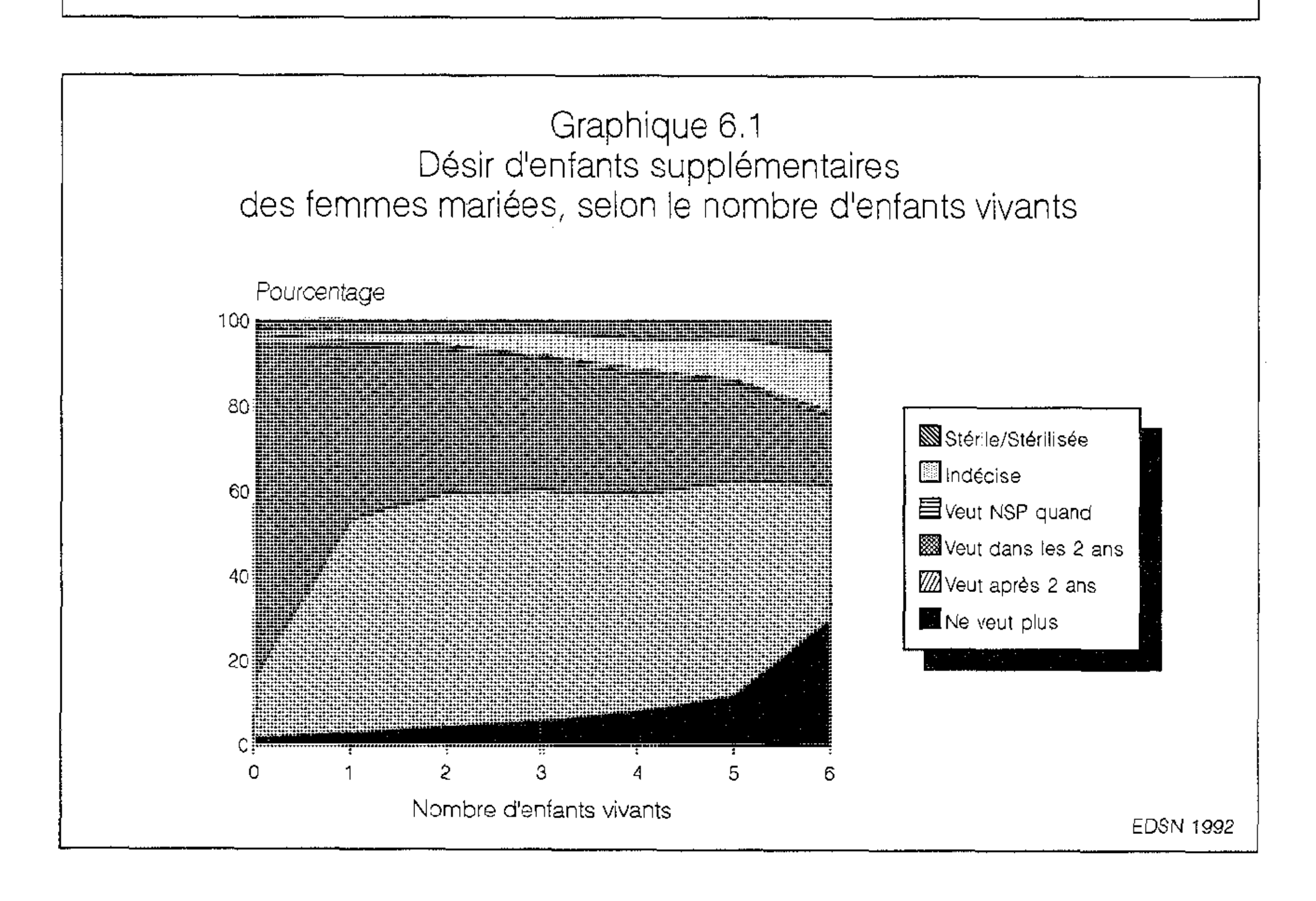
D'après le Tableau 6.1, seulement 9 pour cent des femmes ne désirent plus d'enfants et ce pourcentage augmente selon le nombre d'enfants survivants (Graphique 6.1) : il passe de 1 pour cent chez les femmes qui n'ont pas encore d'enfant à 30 pour cent chez celles qui en ont six ou plus. Ces femmes ne désirant plus d'enfants ont, en principe, atteint leur descendance souhaitée. Les nullipares se distinguent par leur très forte proportion (96 pour cent) à souhaiter avoir un enfant : 77 pour cent d'entre elles désirent un enfant dans les deux années à venir, 15 pour cent le souhaitent après deux ans, et 3 pour cent désirent avoir un enfant, sans savoir à quel moment précis. Chez les femmes ayant déjà un enfant, le désir d'en avoir un autre est aussi très élevé (93 pour cent), mais, contrairement aux nullipares, la majorité de ces femmes (51 pour cent) souhaitent avoir cet enfant à un intervalle de plus de deux ans. Au fur et à mesure que la parité augmente, les proportions de femmes désirant un autre enfant diminuent, de même que les proportions de celles le souhaitant dans un proche avenir. Cependant le désir d'avoir un enfant supplémentaire reste très fort, même chez les femmes ayant atteint une parité élevée, puisque parmi les femmes ayant six enfants ou plus, près d'une sur deux (49 pour cent) désirent encore un enfant supplémentaire. On notera que quelle que soit la parité, sauf pour les femmes sans enfant, celles qui désirent un autre enfant souhaitent, en majorité, avoir cet enfant dans plus de deux ans, ce qui correspond à ce qui a été observé du point de vue de l'intervalle intergénésique (médiane de 30,1 mois) (voir Chapitre 3 - Fécondité). Par ailleurs les proportions de femmes indécises quant au désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires sont faibles : seulement 6 pour cent de l'ensemble des femmes en union n'ont pas su se prononcer.

Tableau 6.1 Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par leur désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Niger 1992

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Veut un autre	95,6	92,7	90,2	85,9	80,6	74,3	49,4	81,5
Veut un autre bientôt[2]	77,2	40,4	33,6	30,7	28,1	22,7	15,9	34,9
Veut un autre plus tard[3]	15,2	51,1	55,5	54,4	51,4	50,9	32,0	45,2
Veut un autre, NSP quand	3,2	1,2	1,1	0,8	1,1	0,7	1,4	1,3
Indécise	0,8	2,4	2,9	5,7	7,3	10,0	13,7	6,0
Ne veut plus d'enfants	1,4	2,5	4,0	5,7	8,0	11,8	29,6	8,9
Stérilisée	0,0	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1
S'est déclarée stérile	2,2	2,4	2,6	2,6	3,8	3,9	6,9	3,5
Non déterminé	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	657	954	924	876	738	572	841	5561

[1] Y compris la grossesse actuelle
[2] Veut un autre dans les deux ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus



Tout comme pour la parité, les femmes en union expriment le désir d'avoir une naissance supplémentaire jusqu'à un âge avancé, ce qui explique que le niveau de la fécondité reste élevé chez les femmes les plus âgées (voir Chapitre 3 - Fécondité). Le Tableau 6.2 et le Graphique 6.2 montrent que si, parmi les femmes les plus jeunes, 97 pour cent expriment le désir d'avoir un (autre) enfant, aux âges avancés, ce désir diminue mais demeure toujours élevé puisqu'il est encore exprimé par 24 pour cent des femmes de 45-49 ans. Parallèlement, le désir de ne plus avoir d'enfants augmente selon l'âge, mais seulement une femme de 45-49 ans sur trois environ (35 pour cent) déclare ne plus vouloir d'enfants. A tous les âges, la majorité des femmes qui souhaitent un autre enfant le veulent dans plus de deux ans, ce qui est en accord avec les intervalles intergénésiques observés (voir Chapitre 3 - Fécondité). Enfin, on peut noter que les proportions de femmes qui ne savent pas si elles souhaitent ou non un autre enfant (6 pour cent pour l'ensemble) augmentent avec l'âge et concernent plus de 10 pour cent des femmes au-delà de 40 ans.

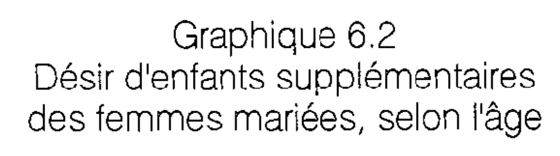
Tableau 6.2 Préférences en matière de fécondité selon l'âge

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées par leur désir d'enfants supplémentaires, selon l'âge, EDS Niger 1992

Désir d'enfants	Age de la femme							Ensemble des femmes
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Veut un autre	97,0	95,0	92,7	83,3	73,6	52,5	24,0	81,5
Veut un autre bientôt[1]	42,9	35,6	29,8	35,5	41,1	35,1	20,0	34,9
Veut un autre plus tard[2]	51,2	57,6	62,3	47,3	30,7	16,9	2,9	45,2
Veut un autre, NSP quand	3,0	1,8	0,6	0,5	1,8	0,5	1,1	1,3
Indécise	2,0	3,5	4,4	7,9	8,6	10,1	10,8	6,0
Ne veut plus d'enfants	0,9	1,1	2,2	7,6	16,1	26,9	35,1	8,9
Stérilisée	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,8	0,1
S'est déclarée stérile	0,2	0,4	0,6	1,1	1,4	10,3	29,1	3,5
Non déterminé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	779	1059	1211	925	713	503	371	5561

[1]Veut un autre enfant dans les deux ans
[2]Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus

Le Tableau 6.3 fournit la répartition des femmes en union qui ne veulent plus d'enfants (y compris les femmes stérilisées), selon le nombre d'enfants vivants et selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Globalement, 9 pour cent de l'ensemble des femmes ne veulent plus d'enfants et il apparaît que le désir de limiter varie fortement avec le milieu de résidence : la proportion de femmes ne souhaitant plus avoir d'enfants qui n'est que de 8 pour cent en milieu rural et de 12 pour cent dans les "autres villes," atteint 21 pour cent dans la capitale. Une femme de Niamey sur cinq désire donc limiter le nombre de ses naissances : ce résultat coïncide avec le niveau de prévalence contraceptive (21 pour cent) observée dans la capitale (voir Chapitre 4 - Planification familiale). Par contre, les proportions de femmes ne souhaitant plus d'enfants ne varient qu'assez peu selon la région de résidence, passant de 7 pour cent à Tahoua/Agadez à 10 pour cent à Dosso. De même, on n'observe que très peu d'écarts entre les femmes sans instruction et celles ayant fréquenté l'école.



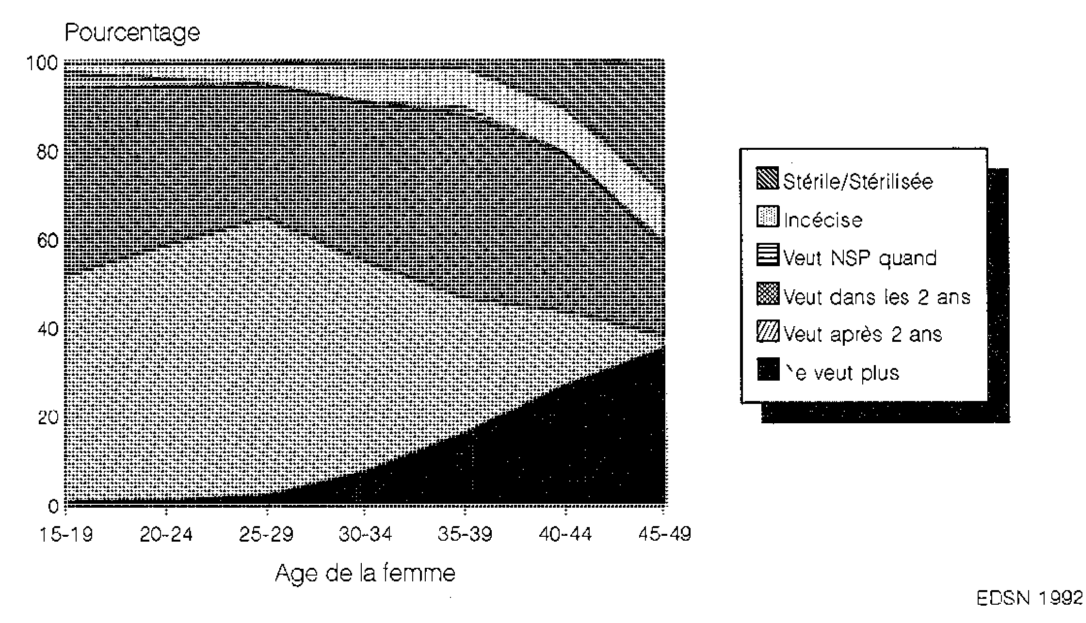


Tableau 6.3 Désir de limiter les naissances

Pourcentage de femmes actuellement mariées ne voulant plus d'enfants par caractéristiques socio-démographiques selon le nombre d'enfants déjà nés, EDS Niger 1992

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Milieu de résidence								
Niamey	0,0	3,1	5,0	15,4	19,5	20,5	56,1	21,0
Autres villes	2,2	2,5	2,8	7,0	11,6	16,0	30,2	11,6
Ensemble urbain	1,4	2,7	3,6	10,2	14,4	17,5	39,4	14,8
Rural	1,5	2,5	4,3	5,1	7,2	10,9	27,4	8,1
Région								
Niamey	0,0	3,1	5,0	15,4	19,5	20,5	56,1	21,0
Dosso	1,5	0,0	2,6	3,5	6,6	17,6	36,8	10,3
Maradi	0,0	4,5	3,3	5,4	8,9	5,4	26,3	7,9
Tahoua/Agadez	2,2	1,8	4,1	4,6	8,0	7,9	23,6	7,3
Tillabéri	1,7	0,0	1,2	4,0	5,6	12,4	33,7	9,2
Zinder/Diffa	2,0	4,3	7,5	7,5	8,2	14,2	20,6	8,3
Niveau d'instruction								
Aucun	1,5	2,8	4,5	5,8	7,5	11,5	29,5	9,1
Primaire ou plus	1,0	0,7	1,2	5,8	20,4	18,9	35,8	8,6
Ensemble des femmes	1,4	2,5	4,2	5,8	8,3	11,8	29,9	9,0

Note: Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.
[1]Y compris la grossesse actuelle

Dans tous les cas, quelle que soit la variable considérée, il apparaît clairement que le désir d'avoir des enfants supplémentaires diminue régulièrement lorsque la parité augmente. Cependant, si les proportions de femmes ne souhaitant pas d'enfants varient peu et dépassent rarement 2 pour cent chez les femmes nullipares, elles présentent de fortes variations pour les femmes ayant atteint des parités élevées. C'est ainsi que 56 pour cent des femmes de Niamey ayant 6 enfants ou plus ne souhaitent plus d'enfants contre 27 pour cent seulement en milieu rural; cette même proportion varie de 21 pour cent à Zinder/Diffa à 37 pour cent à Dosso. Enfin on constate que 8 pour cent de femmes de parité 4 et sans instruction ne veulent plus d'enfants, contre 20 pour cent de femmes de même parité et ayant fréquenté l'école.

6.2 BESOINS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (elles souhaitent espacer leurs naissances), sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception.[1] Les femmes ayant des besoins insatisfaits et celles utilisant actuellement la contraception constituent la demande potentielle totale en planification familiale.

Le Tableau 6.4 donne des estimations des besoins non-satisfaits et satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Bien que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception soit faible chez les femmes en union (4 pour cent) (voir Chapitre 4 - Planification familiale), les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont relativement importants puisqu'ils concernent près d'une femme sur cinq (19 pour cent). Parmi ces femmes, la très grande majorité (14 pour cent) auraient besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances.

Si les femmes ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 24 pour cent. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif principal l'espacement des naissances (18 pour cent). A l'heure actuelle, seulement 19 pour cent de la demande potentielle totale en planification familiale se trouve satisfaite au Niger.

L'analyse différentielle des besoins en matière de planification familiale montre une évolution des besoins selon l'âge des femmes. La demande potentielle totale des jeunes femmes de 15-19 ans est faible (19 pour cent), on note ensuite une augmentation jusqu'à 25-29 ans (28 pour cent), suivie d'une baisse puis d'une nouvelle augmentation aux groupes d'âges suivants. C'est à 25-29 ans que l'utilisation de la contraception (5 pour cent), les besoins non-satisfaits (23 pour cent) et donc la demande potentielle totale (28 pour cent) sont les plus élevés; en outre, dans ce groupe d'âges, comme chez les autres jeunes femmes, la demande en planification familiale est essentiellement orientée vers l'espacement des naissances. Par contre, à 40-44 ans, âges auxquels la demande est aussi élevée (25 pour cent), les femmes ont beaucoup plus de besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

S'agissant du milieu de résidence, les résultats obtenus montrent que les besoins non-satisfaits, mais surtout l'utilisation et donc la demande potentielle totale sont beaucoup plus élevés en milieu urbain, et surtout à Niamey, qu'en milieu rural. Les proportions de besoins non-satisfaits sont de 19 pour cent en milieu rural contre 21 pour cent dans les "autres villes" et 28 pour cent à Niamey, et la demande totale varie de 21 pour cent en milieu rural à 35 pour cent dans les "autres villes" et à 49 pour cent à Niamey. En milieu urbain, pour un peu plus de 40 pour cent des femmes, les besoins en matière de planification familiale se trouvent

---

[1] Le calcul exact des besoins non-satisfaits est expliqué en note du Tableau 6.4.

Tableau 6.4 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes actuellement mariées ayant des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits et pourcentages de demande potentielle totale de services de planification familiale par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	Besoins en planning familial non-satisfaits[1] pour.			Besoins en planning familial satisfaits (utilisation actuelle)[2] pour:			Demande potentielle totale en planning familial[3] pour			Pourcentage de demande satisfaite
Caractéristique	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	Espacer	Limiter	Total	
Groupe d'âges										
15-19	16,1	0,3	16,4	2,2	0,0	2,2	18,2	0,3	18,5	11,7
20-24	16,5	1,1	17,6	5,3	0,1	5,4	21,8	1,2	23,0	23,5
25-29	20,5	2,2	22,7	5,1	0,3	5,4	25,6	2,5	28,1	19,1
30-34	13,4	4,2	17,6	4,9	0,5	5,4	18,3	4,7	23,0	23,6
35-39	10,5	7,7	18,2	3,1	1,6	4,7	13,6	9,2	22,8	20,4
40-44	6,0	16,1	22,1	1,3	2,0	3,4	7,3	18,1	25,4	13,2
45-49	1,7	18,9	20,6	0,2	1,8	2,0	1,9	20,7	22,6	8,9
Milieu de résidence										
Niamey	17,4	10,2	27,6	14,8	6,1	20,8	32,1	16,3	48,5	43,0
Autres villes	14,7	6,0	20,7	11,7	2,4	14,1	26,4	8,4	34,8	40,5
Ensemble urbain	15,6	7,5	23,1	12,8	3,6	16,4	28,4	11,1	39,5	41,6
Rural	13,8	4,7	18,6	2,3	0,2	2,5	16,1	4,9	21,0	11,7
Région										
Niamey	17,4	10,2	27,6	14,8	6,1	20,8	32,1	16,3	48,5	43,0
Dosso	23,6	4,7	28,4	2,0	0,6	2,7	25,7	5,4	31,0	8,6
Maradi	6,6	4,9	11,6	6,1	0,3	6,4	12,7	5,3	18,0	35,6
Tahoua/Agadez	11,5	5,0	16,4	4,5	0,4	4,9	16,0	5,4	21,3	23,0
Tillabéri	23,4	4,0	27,3	1,8	0,4	2,2	25,2	4,4	29,6	7,6
Zinder/Diffa	9,8	5,4	15,2	1,4	0,3	1,6	11,1	5,7	16,8	9,6
Niveau d'instruction										
Aucun	13,4	5,2	18,6	3,0	0,5	3,5	16,4	5,7	22,1	15,7
Primaire ou plus	22,5	3,9	26,4	13,4	2,7	16,1	35,9	6,6	42,5	37,9
Ensemble des femmes	14,1	5,1	19,2	3,8	0,7	4,4	17,9	5,8	23,6	18,8

[1]Les *besoins non-satisfaits pour espacer* concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Les *besoins non-satisfaits pour limiter* concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas voulue, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance n'était pas voulue, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Sont également exclues les femmes qui sont en ménopause ou en période d'infécondabilité, selon les définitions données au Tableau 5.13.
[2]*L'utilisation pour espacer* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. *L'utilisation pour limiter* concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants
[3]Besoins non-satisfaits et utilisation actuelle

satisfaits, contre seulement 12 pour cent en milieu rural. Les proportions des femmes susceptibles d'utiliser la contraception sont beaucoup plus élevées à Dosso (31 pour cent) et à Tillabéri[2] (30 pour cent) que dans toutes les autres régions mais, quelle que soit la région, les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que les besoins pour la limitation des naissances.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que la demande totale concerne 43 pour cent des femmes ayant fréquenté l'école contre 22 pour cent des femmes sans instruction. De plus, dans 38 pour cent des cas, cette demande est satisfaite pour les femmes ayant un niveau d'instruction quelconque, alors qu'elle n'est satisfaite que dans 16 pour cent des cas pour les femmes sans instruction.

6.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DESIRES

Le comportement reproductif d'une femme peut être influencé par ce qui est, pour elle, le nombre idéal d'enfants. Pour essayer de cerner l'idéal des femmes nigériennes, lors de l'enquête, on a posé à toutes les femmes, selon leur situation, l'une ou l'autre des deux questions suivantes :

- Aux femmes sans enfant : "Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout?"

- Aux femmes ayant des enfants : "Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir au total?"

Ces questions, simples en apparence, peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes ayant déjà des enfants, parce qu'elles doivent se prononcer sur le nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'elles ont déjà. Or il peut être difficile pour une femme de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à sa parité réelle, ce qui pourrait expliquer, en partie, la proportion non négligeable de femmes ayant donné des réponses non-numériques (14 pour cent).

Il ressort du Tableau 6.5 que les femmes nigériennes restent très attachées à une descendance nombreuse : en moyenne, le nombre idéal d'enfants est de 8,2 et il atteint 8,5 si on se limite aux seules femmes en union. Si l'on examine la distribution des tailles déclarées, il apparaît que pour plus d'une femme sur cinq (22 pour cent) le nombre idéal est de 10 enfants : cette proportion particulièrement élevée résulte d'une attraction évidente pour un nombre "rond," mais pourrait constituer également une "norme." De ce fait, les nombres moyens calculés ne constituent pas des mesures numériques précises : ils fournissent plutôt des ordres de grandeur indiquant néanmoins, sans équivoque, la préférence pour des descendances nombreuses. Cette préférence pour un nombre élevé d'enfants se trouve encore confirmée par la proportion importante de femmes ayant déclaré un nombre idéal de 12 ou plus (13 pour cent).

Par ailleurs, on peut noter une association entre le nombre actuel d'enfants et la taille idéale qui passe de 6,8 chez les femmes sans enfant à 9,0 et plus chez celles qui ont déjà 4 enfants ou plus. Le même phénomène s'observe par âge, le nombre idéal moyen passant de 7,1 chez les femmes les plus jeunes (15-19 ans) à 9,0 et plus au-delà de 35 ans (Tableau 6.6). Il est difficile de conclure si ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes des générations les plus récentes (et à parité faible), ou s'il s'agit, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'elle vieillit et que se constitue sa descendance.

---

[2] Ces deux départements ont, par ailleurs, une fécondité très élevée : ISF de 8,1 à Tillabéri et de 7,7 à Dosso (voir Chapitre 3 - Fécondité).

Tableau 6.5 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) de l'ensemble des femmes par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et pour celles actuellement mariées selon le nombre d'enfants vivants, EDS Niger 1992

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble des femmes
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
1	1,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4
2	3,8	1,3	0,7	0,2	0,5	0,8	0,7	1,3
3	6,5	3,5	1,3	1,6	0,5	1,0	1,1	2,6
4	12,4	9,0	6,5	3,6	3,5	0,5	0,9	6,1
5	15,1	12,8	11,8	8,5	4,6	4,9	3,0	9,5
6	12,2	10,2	8,6	9,7	9,4	5,7	5,4	9,2
7	8,0	10,4	12,3	11,8	9,3	8,3	5,1	9,4
8	4,7	7,8	7,3	8,5	10,1	10,4	8,7	7,8
9	1,3	1,7	3,7	4,9	6,3	5,5	5,7	3,8
10	17,6	22,3	19,3	21,6	21,8	26,0	25,4	21,5
11	0,9	1,3	0,9	2,0	1,4	1,9	4,1	1,7
12 ou +	7,3	6,9	13,1	13,3	15,1	20,3	22,0	13,0
Réponses non-numériques	9,0	12,6	14,7	14,4	17,6	14,5	17,2	13,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1342	1043	977	912	769	594	866	6503
Nombre idéal moyen	6,8	7,5	8,2	8,5	9,0	9,4	9,8	8,2
Effectif de femmes[2]	1221	911	834	781	634	508	717	5605
Nombre moyen pour les femmes mariées	7,3	7,6	8,3	8,6	9,0	9,4	9,8	8,5
Effectif de femmes mariées[2]	590	828	786	748	608	489	697	4747

Note: Les moyennes sont calculées en excluant les femmes ayant donné des réponses non-numériques.
[1]Y compris la grossesse actuelle
[2]Ayant donné une réponse numérique

Tableau 6.6 Nombre idéal d'enfants par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes par âge et par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Age actuel							Tous âges
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Milieu de résidence								
Niamey	5,2	5,4	5,6	6,1	7,2	8,1	7,7	5,9
Autres villes	5,4	6,2	7,1	7,8	8,4	8,6	8,9	7,0
Ensemble urbain	5,3	5,9	6,4	7,2	8,0	8,4	8,5	6,5
Rural	7,5	8,1	8,7	9,1	9,5	9,1	9,9	8,6
Région								
Niamey	5,2	5,4	5,6	6,1	7,2	8,1	7,7	5,9
Dosso	7,5	7,5	8,9	8,7	9,9	10,1	9,9	8,5
Maradi	6,9	7,8	8,5	9,1	9,7	9,3	10,0	8,5
Tahoua/Agadez	6,7	7,5	8,0	8,4	8,8	8,6	9,4	8,0
Tillabéri	7,6	8,6	8,6	9,1	9,8	8,7	10,1	8,5
Zinder/Diffa	7,4	8,1	8,8	9,3	8,9	8,8	9,8	8,5
Niveau d'instruction								
Aucun	7,5	8,0	8,5	8,9	9,3	9,0	9,7	8,5
Primaire ou plus	5,5	6,1	6,5	6,7	7,3	7,3	6,9	6,1
Ensemble des femmes	7,1	7,7	8,3	8,7	9,2	9,0	9,7	8,2

L'analyse différentielle de la taille idéale de la famille fait apparaître une tendance similaire d'augmentation selon l'âge quelles que soient les caractéristiques étudiées (Tableau 6.6). Par contre, pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans, le nombre idéal moyen d'enfants présente de fortes variations selon le milieu et la région de résidence et selon le niveau d'instruction des femmes. Les femmes du milieu urbain ont pour idéal une famille moins nombreuse que celles du milieu rural : l'écart absolu observé est de 2,1 enfants entre ces deux milieux. A Niamey, le nombre moyen est de 5,9 enfants, soit 2,7 enfants de moins qu'en milieu rural. Par région, seules les femmes de Tahoua/Agadez ont un nombre idéal légèrement plus faible qu'ailleurs (8,0 contre 8,5). Enfin, pour les femmes sans instruction, le nombre idéal est de 8,5 enfants contre 6,1 pour les femmes ayant fréquenté l'école.

6.4 PLANIFICATION DE LA FECONDITE

Lors de l'EDSN, on a posé aux femmes des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) : ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut devenir par la suite un enfant auquel on s'est attaché.

Il apparaît, d'après le Tableau 6.7, que la très grande majorité des naissances (97 pour cent) étaient désirées : la plupart de ces naissances (86 pour cent) se sont produites au moment voulu et, dans une minorité

Tableau 6.7 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de planification selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, EDS Niger 1992

Rang de naissance et âge de la mère	Statut de la naissance: Voulue au moment	Voulue plus tard	Non désirée	Total[1]	Effectif de naissances
Rang de naissance					
1	90,6	6,8	1,7	100,0	1156
2	86,3	11,2	1,1	100,0	1155
3	86,2	11,8	1,0	100,0	1117
4 ou +	84,7	11,9	2,5	100,0	4592
Age de la mère					
< 20	89,0	8,6	1,1	100,0	1561
20-24	85,7	12,3	1,2	100,0	2293
25-29	84,7	13,0	1,4	100,0	1985
30-34	85,6	10,6	3,1	100,0	1191
35-39	85,2	9,9	3,6	100,0	703
40-44	82,8	6,2	9,0	100,0	247
45-49	88,7	7,0	4,3	100,0	40
Ensemble	86,0	11,1	2,0	100,0	8020

Note: Le rang de naissance inclut la grossesse actuelle.
[1]Y compris les non-déclarés

des cas (11 pour cent), les femmes auraient souhaité qu'elles se produisent plus tard. Les grossesses non désirées ne représentent que 2 pour cent. Quel que soit le rang, la grande majorité des naissances sont voulues et arrivent au moment voulu. Cependant on peut noter que les naissances de rang 1 semblent légèrement mieux planifiées que les naissances de rangs supérieurs : en effet, si 91 pour cent des naissances de rang 1 se produisent au moment voulu, cette proportion ne dépasse pas 86 pour cent pour les naissances de rangs supérieurs, plus de 11 pour cent de ces naissances étant souhaitées, mais plus tard qu'elles ne se sont produits.

On peut constater que la proportion de naissances non désirées augmente avec l'âge de la mère, passant de 1 pour cent dans les groupes d'âges les plus jeunes à 9 pour cent à 40-44 ans : cette proportion de naissances non désirées reste néanmoins très faible, même parmi les femmes en fin de vie féconde. Par ailleurs, c'est dans le groupe d'âges à très forte fécondité (20-34 ans) que s'observent les proportions les plus élevées (11 pour cent et plus) de naissances désirées, mais désirées plus tard qu'elles ne se sont produits. Ce résultat n'est guère surprenant dans la mesure où c'est dans ce même groupe d'âges que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est la plus importante.

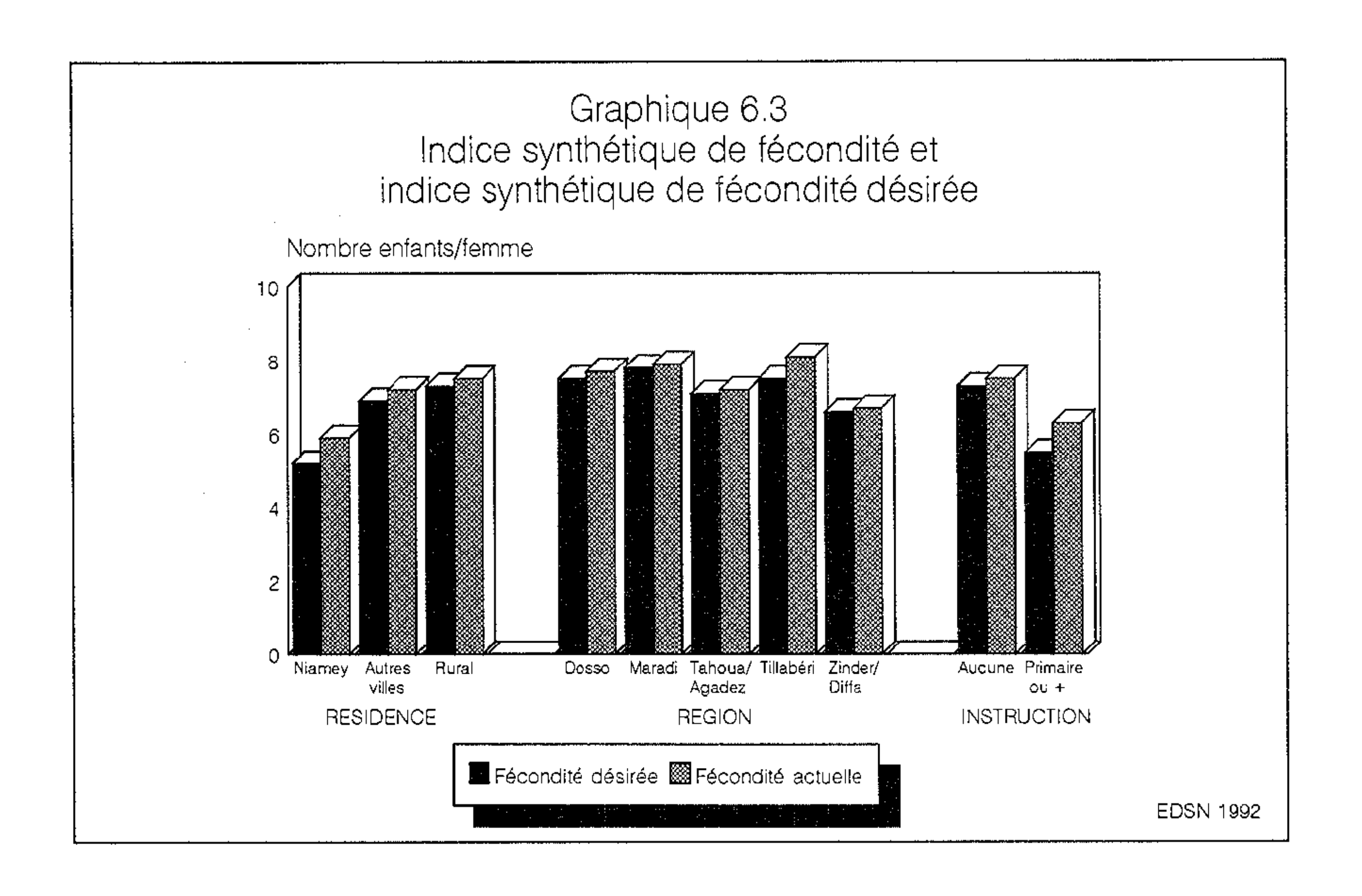
Le Tableau 6.8 et le Graphique 6.3 présentent une comparaison entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité actuelle (ISF). Le calcul de l'ISFD est analogue au calcul de l'ISF, mis à part que les naissances considérées comme non désirées sont éliminées du numérateur. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, l'ISF des femmes nigériennes serait de 7,1 enfants au lieu de 7,4 enfants, soit légèrement plus faible. Il n'existe donc pas de différence très nette entre ce que font réellement les femmes et ce qu'elles feraient si elles maîtrisaient vraiment leur fécondité. Néanmoins, quelles que soient leurs caractéristiques, les femmes désirent toujours légèrement moins d'enfants qu'elles n'en ont. Les écarts les plus importants entre la fécondité réelle et la fécondité désirée s'observent à Niamey (5,2 contre 5,9 enfants par femme), dans le département de Tillabéri (7,5 contre 8,1) qui est aussi la région connaissant la fécondité la plus élevée du Niger, et chez les femmes ayant fréquenté l'école (5,5 contre 6,3). Rappelons que c'est dans ces mêmes groupes que s'observent parallèlement les proportions les plus importantes de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Tableau 6.8 Taux de fécondité désirée

Indice synthétique de fécondité désirée (ISDF) et indice synthétique de fécondité (ISF) pour les six années ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	ISDF	ISF
Milieu de résidence		
Niamey	5,2	5,9
Autres villes	6,9	7,2
Ensemble urbain	6,3	6,7
Rural	7,3	7,5
Région		
Niamey	5,2	5,9
Dosso	7,5	7,7
Maradi	7,8	7,9
Tahoua/Agadez	7,1	7,2
Tillabéri	7,5	8,1
Zinder/Diffa	6,6	6,7
Niveau d'instruction		
Aucun	7,3	7,5
Primaire ou plus	5,5	6,3
Ensemble des femmes	7,1	7,4

Note: Les indices sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-72 mois précédant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au Tableau 3.3.


Graphique 6.3
Indice synthétique de fécondité et
indice synthétique de fécondité désirée
Nombre enfants/femme
10
8
6
4
2
0
Niamey
Autres villes
Rural
Dosso
Maradi
Tahoua/ Agadez
Tillabéri
Zinder/ Diffa
Aucune
Primaire ou +
RESIDENCE
REGION
INSTRUCTION
Fécondité désirée
Fécondité actuelle
EDSN 1992

CHAPITRE 7

SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Un des objectifs les plus importants des enquêtes EDS est de fournir des informations sur la santé maternelle et infantile. Au Niger, les informations recueillies concernent les soins prénatals, les conditions d'accouchement, les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, et enfin la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée. L'ensemble de ces données ont été collectées pour toutes les naissances vivantes qui se sont produites durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Parce qu'ils permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle et infantile, ces résultats sont de première importance pour l'évaluation des programmes de santé et l'élaboration et la planification des politiques sanitaires. Les problèmes relatifs à l'alimentation des enfants ainsi que leur état nutritionnel, évalué à partir des mesures anthropométriques, seront présentés au Chapitre 8 (Allaitement et état nutritionnel).

7.1 SOINS PRENATALS ET ACCOUCHEMENT

7.1.1 Soins prénatals

Au Tableau 7.1 figure la répartition des naissances vivantes des cinq années ayant précédé l'enquête par type de soins prénatals reçus par la mère pendant la grossesse, selon certaines caractéristiques des mères.

Tableau 7.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par type de visite prénatale durant la grossesse, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Ensemble personnel médical	Accoucheuse tradi-tionnelle/ Autres	Personne	ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance								
< 20	1,4	28,9	30,2	0,2	69,2	0,5	100,0	1428
20-34	1,3	29,1	30,4	0,3	69,1	0,2	100,0	4823
35 ou +	0,3	28,1	28,4	0,2	71,1	0,3	100,0	843
Rang de naissance								
1	1,7	30,5	32,2	0,2	67,2	0,4	100,0	1050
2-3	1,7	31,4	33,1	0,1	66,5	0,3	100,0	2002
4-5	1,1	27,5	28,6	0,3	70,8	0,2	100,0	1751
6 ou +	0,5	27,2	27,6	0,4	71,8	0,2	100,0	2291
Milieu de résidence								
Niamey	1,2	91,2	92,4	0,2	7,1	0,4	100,0	361
Autres villes	1,0	81,4	82,4	0,8	16,7	0,1	100,0	735
Ensemble urbain	1,1	84,6	85,7	0,6	13,5	0,2	100,0	1096
Rural	1,2	18,8	19,9	0,2	79,6	0,3	100,0	5998
Région								
Niamey	1,2	91,2	92,4	0,2	7,1	0,4	100,0	361
Dosso	1,1	29,6	30,7	0,3	69,0	0,0	100,0	1005
Maradi	1,4	20,8	22,2	0,4	77,0	0,4	100,0	1352
Tahoua/Agadez	2,0	27,5	29,6	0,1	70,1	0,2	100,0	1555
Tillabéri	1,1	37,7	38,8	0,0	61,0	0,2	100,0	1266
Zinder/Diffa	0,1	15,4	15,5	0,6	83,6	0,3	100,0	1554
Niveau d'instruction								
Aucun	1,0	25,6	26,6	0,3	72,9	0,3	100,0	6473
Primaire ou plus	2,7	63,8	66,5	0,4	33,0	0,1	100,0	622
Ensemble des femmes	1,2	28,9	30,1	0,3	69,4	0,3	100,0	7094

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête. Si différentes personnes ont été consultées, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

Durant l'enquête, on a enregistré toutes les catégories de personnes consultées par la mère pendant la grossesse mais, dans le Tableau 7.1, seule la personne la plus qualifiée a été retenue lorsque plusieurs personnes avaient été consultées. Pour moins d'un tiers des naissances (30 pour cent), des soins prénatals ont été dispensés par un professionnel de la santé, essentiellement une sage-femme ou une infirmière (29 pour cent) et, dans très peu de cas, par un médecin (1 pour cent). Pour la grande majorité des naissances (69 pour cent), les mères n'ont consulté personne au sujet de leur grossesse.

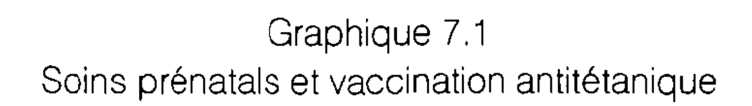
Les consultations prénatales auprès de professionnels de la santé sont légèrement plus fréquentes pour les naissances survenant chez les femmes les plus jeunes (30 pour cent à moins de 35 ans), que pour les naissances survenant chez les femmes plus âgées (28 pour cent à 35 ans et plus). De même, les mères consultent légèrement plus les professionnels de la santé pour les naissances de rang 1 (32 pour cent) et de rangs 2 ou 3 (33 pour cent) que pour les naissances de rangs supérieurs (29 pour cent et moins).

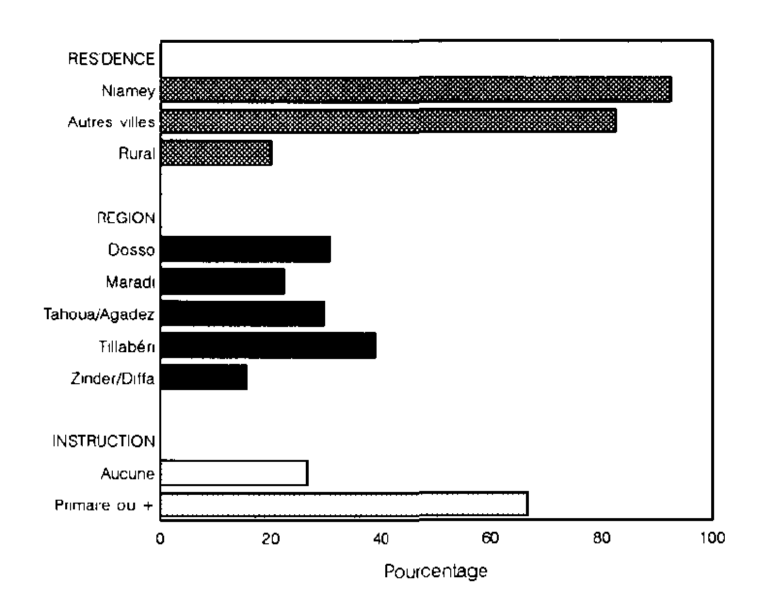
C'est surtout du point de vue de la région, du milieu de résidence et du niveau d'instruction que les proportions de femmes qui vont en consultation prénatale varient de façon importante (Tableau 7.1 et Graphique 7.1). Si la presque totalité des naissances de Niamey (92 pour cent) et de naissances des "autres villes" (82 pour cent) donnent lieu à des consultations prénatales, les mères ne reçoivent des soins prénatals auprès de professionnels de la santé que pour 20 pour cent des naissances du milieu rural. Si le manque de formations sanitaires, leur éloignement et leur difficulté d'accès en milieu rural expliquent, en grande partie, ces différences, le manque de moyens financiers des femmes rurales et le fait qu'elles sont peu sensibilisées aux problèmes de santé sont également des facteurs importants qui expliquent ces faibles proportions de soins prénatals. Quel que soit le milieu ou la région de résidence, les médecins sont très peu consultés pendant les grossesses; cependant, parmi les femmes qui vont en consultation prénatale, la proportion de celles consultant un médecin est beaucoup plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain ce qui suggère, peut-être, que les femmes du milieu rural qui vont en consultation prénatale le font plutôt en cas de complications de grossesses nécessitant l'intervention d'un médecin. Du point de vue régional, les proportions de naissances donnant lieu à des consultations prénatales auprès de professionnels de la santé sont de 39 pour cent à Tillabéri, 31 pour cent à Dosso et 30 pour cent à Tahoua/Agadez contre seulement 16 pour cent à Zinder/Diffa.

Pour près des trois quarts des naissances issues de femmes sans instruction (73 pour cent), celles-ci n'ont eu aucune consultation prénatale contre seulement un tiers pour les femmes ayant au moins un niveau d'instruction primaire. En outre, il faut souligner que c'est parmi les naissances issues de femmes ayant fréquenté l'école que les consultations auprès des médecins sont les plus fréquentes, tout en restant très peu répandues (3 pour cent).

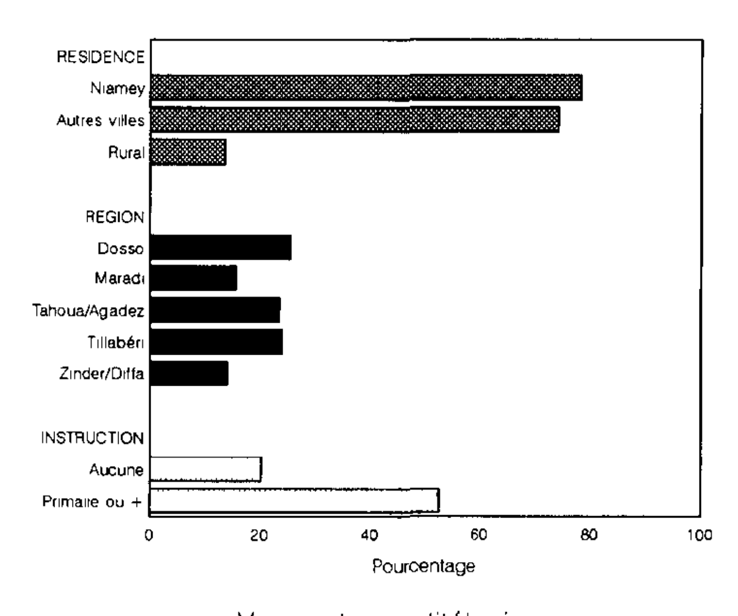
Les soins prénatals sont d'autant plus efficaces qu'ils interviennent à un stade précoce de la grossesse et se poursuivent de façon régulière jusqu'à l'accouchement. Le Tableau 7.2 présente les résultats concernant les visites prénatales effectuées par les femmes enceintes. Pour moins d'une naissance sur dix (8 pour cent), les mères ont effectué 4 visites ou plus pendant la grossesse, ce qui correspond aux recommandations de l'OMS selon lesquelles les mères devraient effectuer au moins quatre visites prénatales. Cependant, pour une naissance sur cinq environ (22 pour cent), les mères n'effectuent qu'un nombre limité de trois visites ou moins.

Pour 11 pour cent de l'ensemble des naissances, les mères ont effectué leur première consultation prénatale à moins de 4 mois de grossesse, et dans 13 pour cent des cas cette première visite a lieu à 4-5 mois de grossesse (Tableau 7.2). La durée médiane de grossesse à la première visite est de 4,6 mois. Ainsi, les femmes qui ont recours aux visites prénatales le font relativement tôt au cours de leur grossesse, ce qui permet un diagnostic précoce concernant les problèmes liés à cette grossesse, ce qui aide le personnel médical à prendre les mesures appropriées pour dispenser les soins à la mère. Cependant, après la première visite, le suivi de la grossesse devient irrégulier puisque le nombre médian de visites n'est que de 3,4 et les avantages procurés par des visites précoces s'en trouvent ainsi limités.





Soins prénatals



Vaccination antitétanique

EDSN 1992

Tableau 7.2 Nombre de visites prénatales et durée de la grossesse

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre de visites prénatales durant la grossesse et par durée de la grossesse au moment de la première visite, EDS Niger 1992

Visite prénatale	Ensemble des naissances
Nombre de visites	
0	69,4
1	2,8
2-3	18,9
4 ou +	8,4
NSP/ND	0,5
Total	100,0
Nombre médian de visites	3,4
Durée de grossesse à la première visite	
Pas de visite	69,4
< 4 mois	10,7
4-5 mois	12,6
6-7 mois	6,0
8 mois ou +	0,8
NSP/ND	0,6
Total	100,0
Durée médiane de grossesse à la première visite	4,6
Effectif de naissances	7094

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Le Tableau 7.3 présente les résultats concernant la vaccination antitétanique des mères pour toutes les naissances survenues durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Les injections antitétaniques en cours de grossesse ont pour but la prévention du tétanos néonatal, qui est une des principales causes de décès des nouveau-nés dans de nombreux pays en développement. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin, cependant, si elle a déjà été vaccinée durant une grossesse précédente, une seule dose peut suffire pour la grossesse suivante. Moins d'une naissance sur quatre seulement (23 pour cent) a été protégée par une dose ou plus de vaccin reçu par les mères durant la grossesse. Les naissances de premiers rangs (qui sont aussi celles des mères les plus jeunes) sont légèrement mieux protégées que celles de rangs élevés : 25 pour cent environ pour les naissances de rang 1 à 3 contre 21 pour cent pour les naissances de rang 6 et plus. Par ailleurs, des différences très importantes apparaissent selon le milieu de résidence (78 pour cent de couverture vaccinale à Niamey et 74 pour cent dans les "autres villes" contre 14 pour cent seulement en milieu rural), et selon la région où la couverture varie de 14 pour cent seulement à Zinder/Diffa à 26 pour cent à Dosso (Graphique 7.1). En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, de très grands écarts apparaissent comme pour les consultations prénatales : pour 53 pour cent des naissances issues de femmes de niveau primaire ou supérieur, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique, contre seulement 20 pour cent lorsque la mère est sans instruction (Graphique 7.1).

Tableau 7.3 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère pendant la grossesse et pourcentages de naissances pour lesquelles la mère a un carnet de santé, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Nombre d'injections antitétaniques 0	1	2 ou +	NSP/ ND	Total	Pourcentage ayant un carnet de santé	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance							
Moins de 20	77,5	8,0	14,1	0,3	100,0	29,0	1428
20-34	75,7	9,8	14,2	0,3	100,0	29,9	4823
35 ou plus	80,0	6,8	13,0	0,2	100,0	28,1	843
Rang de naissance							
1	75,4	8,1	16,3	0,2	100,0	30,5	1050
2-3	74,0	10,2	15,2	0,7	100,0	32,6	2002
4-5	77,1	10,0	12,7	0,1	100,0	28,1	1751
6 ou +	79,0	7,8	13,0	0,2	100,0	27,4	2291
Milieu de résidence							
Niamey	20,6	31,4	46,8	1,2	100,0	92,2	361
Autres villes	25,0	22,5	51,5	1,0	100,0	83,0	735
Ensemble urbain	23,6	25,4	49,9	1,0	100,0	86,0	1096
Rural	86,3	6,1	7,5	0,2	100,0	19,2	5998
Région							
Niamey	20,6	31,4	46,8	1,2	100,0	92,2	361
Dosso	74,2	10,9	14,7	0,2	100,0	30,3	1005
Maradi	84,0	5,3	10,2	0,4	100,0	22,1	1352
Tahoua/Agadez	76,2	9,9	13,5	0,4	100,0	27,8	1555
Tillabéri	75,6	8,9	15,2	0,2	100,0	38,4	1266
Zinder/Diffa	85,8	5,2	8,9	0,1	100,0	15,3	1554
Niveau d'instruction							
Aucun	79,5	8,3	11,9	0,3	100,0	26,0	6473
Primaire ou plus	46,7	16,9	35,6	0,7	100,0	66,3	622
Ensemble	76,6	9,1	14,0	0,3	100,0	29,5	7094

De même qu'une faible proportion de mères a fait, au moins, une visite prénatale auprès de professionnels de la santé (pour 30 pour cent des naissances), et a reçu au moins une vaccination antitétanique (pour 23 pour cent des naissances), les mères ne possèdent un carnet de santé que pour 30 pour cent des naissances. Pourtant, le carnet de santé dans lequel sont consignés les visites prénatales, les caractéristiques de l'accouchement et le suivi de l'enfant fournit un aperçu complet de la santé de la mère et de l'enfant. Les naissances pour lesquelles les mères possèdent un carnet de santé sont celles issues de femmes ayant de l'instruction (66 pour cent) et des femmes du milieu urbain (86 pour cent).

7.1.2 Accouchement

La grande majorité des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête (84 pour cent) ont eu lieu à la maison, et pour seulement 16 pour cent des naissances, les femmes ont accouché dans une formation sanitaire (Tableau 7.4). Les femmes qui sont allées en consultation prénatale sont celles qui accouchent le plus souvent dans les établissements sanitaires et, en particulier, celles qui ont effectué quatre visites prénatales et plus : 59 pour cent de leurs naissances ont lieu dans les services de santé. Le lieu d'accouchement ne varie pratiquement pas selon l'âge de la mère : les jeunes femmes continuent à accoucher

à la maison comme les femmes plus âgées. De même, le rang de naissance ne semble pas être un facteur déterminant du lieu de l'accouchement, même si les naissances de premiers rangs ont lieu un peu plus fréquemment en établissement sanitaire : 18 pour cent pour les naissances de rang 1 contre 15 pour cent pour les naissances de rang 6 et plus.

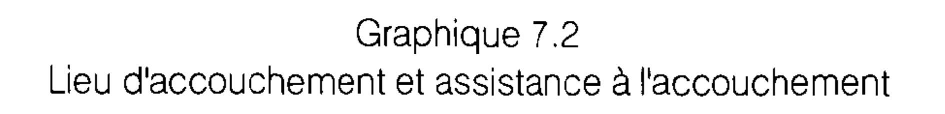
Tableau 7.4 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

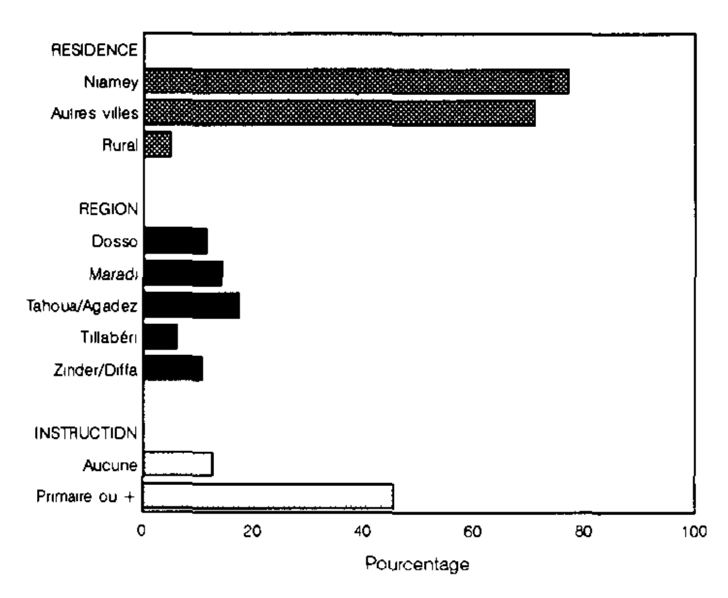
Caractéristique	A la maison	Etablis-sement sanitaire	Autres/ ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance					
< 20	84,5	15,0	0,4	100,0	1428
20-34	83,9	15,6	0,5	100,0	4823
35 ou +	82,6	15,8	1,6	100,0	843
Rang de naissance					
1	81,2	18,2	0,6	100,0	1050
2-3	83,4	16,2	0,5	100,0	2002
4-5	85,7	13,6	0,7	100,0	1751
6 ou +	84,1	15,1	0,7	100,0	2291
Milieu de résidence					
Niamey	22,3	77,1	0,5	100,0	361
Autres villes	28,0	70,9	1,1	100,0	735
Ensemble urbain	26,2	73,0	0,8	100,0	1096
Rural	94,4	5,0	0,6	100,0	5998
Région					
Niamey	22,3	77,1	0,5	100,0	361
Dosso	88,6	11,4	0,0	100,0	1005
Maradi	84,7	14,2	1,1	100,0	1352
Tahoua/Agadez	82,0	17,4	0,7	100,0	1555
Tillabéri	92,8	6,2	1,0	100,0	1266
Zinder/Diffa	89,0	10,7	0,3	100,0	1554
Niveau d'instruction					
Aucun	86,7	12,6	0,7	100,0	6473
Primaire ou plus	54,1	45,5	0,3	100,0	622
Visites prénatales					
Aucune	97,9	1,7	0,4	100,0	4922
1 à 3	56,5	42,9	0,6	100,0	1542
4 ou +	41,0	58,8	0,3	100,0	593
NSP/ND	42,5	20,0	37,5	100,0	37
Ensemble des naissances	83,9	15,5	0,7	100,0	7094

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

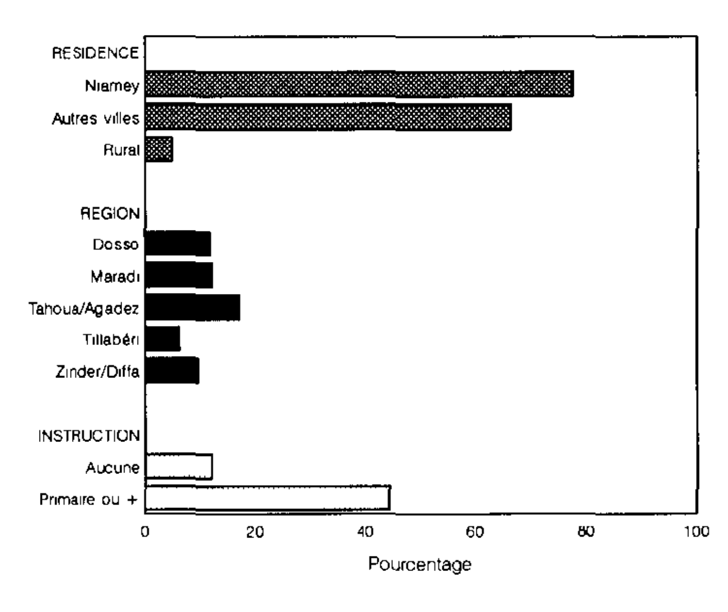
Du point de vue du milieu et de la région de résidence (Graphique 7.2), on retrouve les mêmes écarts que ceux constatés pour les visites prénatales et les vaccinations antitétaniques; 77 pour cent des naissances de Niamey et 71 pour cent des naissances des "autres villes" ont lieu dans les formations sanitaires, contre 5 pour cent seulement en milieu rural. Ici encore, le manque d'infrastructures sanitaires ou leur éloignement en milieu rural et le manque de sensibilisation des femmes rurales expliquent certainement, en grande partie, ces différences. Du point de vue régional, la proportion de naissances ayant lieu dans des formations sanitaires varie de 6 pour cent seulement à Tillabéri à 17 pour cent à Tahoua/Agadez. Si de tels écarts s'expliquent, en partie, par l'accessibilité des services sanitaires, d'autres facteurs socio-culturels doivent



Graphique 7.2
Lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement



Accouchement
en formation sanitaire



Assitance médicale
à l'accouchement

EDSN 1992

intervenir dans le choix du lieu d'accouchement; ainsi s'expliquerait la très faible proportion de naissances ayant eu lieu dans des formations sanitaires dans le département de Tillabéri, alors que c'est dans ce département que se rencontre la plus forte proportion de naissances ayant donné lieu à des visites prénatales. Le niveau d'instruction de la femme joue un rôle prédominant dans le choix du lieu d'accouchement : les naissances des femmes instruites se produisent, en grande partie, dans les services de santé (46 pour cent) alors que seulement 13 pour cent des naissances des femmes sans instruction ont lieu ailleurs qu'à domicile.

Une faible proportion des naissances des cinq dernières années ont eu lieu avec l'assistance de personnel médical (15 pour cent), et presque uniquement avec l'aide d'une infirmière ou d'une sage-femme (Tableau 7.5). Près d'un accouchement sur cinq (18 pour cent) a eu lieu en présence d'une accoucheuse traditionnelle ayant reçu une formation, un sur quatre (26 pour cent) avec l'aide d'une accoucheuse

Tableau 7.5 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Médecin	Infirmière/ Sage-femme	Ensemble personnel médical	Accoucheuse traditionnelle formée	Accoucheuse traditionnelle	Parents/ Autres	Personne/ ND	Total	Effectif de naissances
Age de la mère à la naissance									
< 20	0,3	13,8	14,1	19,1	25,9	28,7	12,3	100,0	1428
20-34	0,3	14,6	14,9	17,6	25,9	22,8	18,8	100,0	4823
35 ou +	0,7	15,8	16,6	19,2	26,8	19,7	17,7	100,0	843
Rang de naissance									
1	0,6	16,8	17,4	17,7	23,9	29,5	11,5	100,0	1050
2-3	0,1	16,1	16,3	16,3	26,2	22,7	18,6	100,0	2002
4-5	0,3	12,3	12,6	16,2	27,9	24,2	19,1	100,0	1751
6 ou +	0,4	14,0	14,5	21,2	25,4	21,2	17,7	100,0	2291
Milieu de résidence									
Niamey	1,0	76,5	77,5	6,9	2,9	9,6	3,2	100,0	361
Autres villes	0,6	65,6	66,2	8,1	10,1	12,3	3,2	100,0	735
Ensemble urbain	0,7	69,2	69,9	7,7	7,7	11,4	3,3	100,0	1096
Rural	0,3	4,6	4,9	20,0	29,4	25,8	19,9	100,0	5998
Région									
Niamey	1,0	76,5	77,5	6,9	2,9	9,6	3,2	100,0	361
Dosso	0,2	11,8	11,9	18,3	5,8	32,7	31,3	100,0	1005
Maradi	0,1	12,1	12,2	30,0	38,3	15,4	4,0	100,0	1352
Tahoua/Agadez	0,6	16,4	17,0	19,0	23,9	27,3	12,9	100,0	1555
Tillabéri	0,5	5,8	6,3	11,9	4,3	27,1	50,2	100,0	1266
Zinder/Diffa	0,0	9,6	9,7	14,2	53,7	21,4	0,9	100,0	1554
Niveau d'instruction									
Aucun	0,3	11,8	12,1	18,2	27,3	24,5	17,9	100,0	6473
Primaire ou plus	0,5	43,8	44,3	16,9	12,7	14,2	12,0	100,0	622
Visites prénatales									
Aucune	0,2	1,4	1,6	17,2	34,3	28,3	18,7	100,0	4922
1 à 3	0,4	40,5	40,9	20,5	7,4	14,9	16,2	100,0	1542
4 ou +	1,1	56,9	58,0	19,2	7,1	8,1	7,7	100,0	593
NSP/ND	0,0	20,0	20,0	15,2	8,5	9,8	46,4	100,0	37
Ensemble des naissances	0,3	14,6	14,9	18,1	26,0	23,6	17,3	100,0	7094

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête, si différentes personnes ont assisté l'accouchement, seule la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.

traditionnelle non formée, 24 pour cent des accouchements ont eu lieu avec l'aide de parents et/ou amis et, pour 17 pour cent des naissances, la mère est restée seule pendant l'accouchement. Une grossesse contrôlée par des visites prénatales aboutit plus fréquemment à un accouchement assisté par du personnel médical, en particulier, lorsque les visites prénatales ont été nombreuses : 58 pour cent des naissances dont la mère a effectué quatre consultations prénatales ou plus, ont eu lieu avec l'assistance de personnel médical. A l'opposé, lorsque la mère n'est pas suivie pendant sa grossesse, ce sont avant tout les accoucheuses traditionnelles qui l'aident lors de l'accouchement (34 pour cent), ou des parents/amis (28 pour cent), voire personne (19 pour cent).

Les tendances observées ici sont semblables à celles observées pour les visites prénatales et surtout à celles observées pour le lieu d'accouchement (Graphique 7.2). L'assistance médicale est particulièrement importante pour les naissances du milieu urbain (70 pour cent) et, dans une moindre proportion, pour celles issues de femmes instruites (44 pour cent). Si pour certaines catégories de femmes, l'absence d'assistance médicale est compensée par la présence d'accoucheuses traditionnelles formées (30 pour cent des cas à Maradi, par exemple), de nombreuses femmes continuent d'accoucher avec l'aide de simples accoucheuses traditionnelles (54 pour cent à Zinder/Diffa), de parents ou amis (33 pour cent à Dosso), voire sans aucune assistance (50 pour cent à Tillabéri).

Une proportion extrêmement faible des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête (0,9 pour cent) ont eu lieu par césarienne (Tableau 7.6). Compte tenu de la très faible proportion de femmes accouchant dans des formations sanitaires ou bénéficiant d'une assistance médicale lors de l'accouchement, ce résultat n'est guère surprenant. Cependant, si on se limite aux seuls accouchements qui ont eu lieu dans des formations sanitaires, des césariennes ont été pratiquées pour seulement 3,5 pour cent des naissances (donnée non présentée au Tableau 7.6). Ainsi, dans les formations sanitaires, les accouchements par césarienne ne sont pas particulièrement fréquents, ce qui signifie que les formations sanitaires ne drainent pas une population particulière de femmes pour lesquelles l'accouchement s'annonce difficile.

Tableau 7.6 Caractéristiques de l'accouchement: césarienne, prématurité, poids et taille à la naissance

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, par nature de l'accouchement (césarienne, prématurité), poids à la naissance et taille à la naissance d'après l'opinion de la mère, EDS Niger 1992

Caractéristique	Pourcentage
Accouchement par césarienne	
Oui	0,9
Non	98,3
ND	0,8
Total	100,0
Prématurité	
Oui	0,9
Non	98,8
NSP/ND	0,3
Total	100,0
Poids à la naissance (kg)	
< 2,5	1,1
2,5 - 3,5	8,5
3,5 et +	3,0
NSP/ND	87,4
Total	100,0
Taille à la naissance	
Plus gros que la moyenne	21,7
Moyen	40,5
Plus petit que la moyenne/ très petit	36,4
NSP/ND	1,3
Total	100,0
Effectif de naissances	7094

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Selon les déclarations de la mère, les naissances ayant eu lieu avant-terme sont, comme les césariennes, très peu fréquentes (0,9 pour cent).

On n'a pu obtenir l'information sur le poids à la naissance que pour 13 pour cent des enfants d'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère (Tableau 7.6) : 1 pour cent d'entre eux étaient de très faible poids (moins de 2 500 grammes), 9 pour cent avaient un poids moyen (de 2 500 à moins de 3 500 grammes), et 3 pour cent étaient plutôt de gros bébés (3 500 grammes et plus). A la question, très subjective, sur la taille

de leur bébé à la naissance, 41 pour cent des femmes ont déclaré "moyen," elles ont déclaré "très gros ou plus gros que la moyenne" dans 22 pour cent des cas, et dans plus d'un tiers des cas (36 pour cent), les mères ont déclaré que leur enfant était "plus petit que la moyenne ou très petit."

7.2 VACCINATION

Pour permettre une évaluation du Programme Elargi de Vaccination (PEV), l'EDSN a collecté des données sur la couverture vaccinale pour tous les enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), suivies par le PEV du Niger, pour être complètement vacciné, un enfant doit recevoir le BCG (protection contre la tuberculose), le vaccin anti-rougeoleux et trois doses d'anti-polio et de DTCoq (contre la diphtérie, le tétanos et le coqueluche). En outre, au Niger, la vaccination antiamarile fait partie du PEV.

Deux différentes stratégies de vaccination sont suivies au Niger : la stratégie fixe et avancée et la stratégie mobile. La stratégie fixe et avancée est suivie en milieu urbain et en milieu rural situé à proximité des formations sanitaires où sont pratiquées les vaccinations. En plus des vaccins du PEV cités précédemment, les enfants reçoivent, dès la naissance, une première dose d'anti-polio (Polio 0). En stratégie mobile qui s'adresse aux zones rurales éloignées des formations sanitaires, les vaccinations sont pratiquées par des équipes mobiles. Les enfants ne reçoivent pas Polio 0, et les trois autres doses d'anti-polio et de DTCoq sont administrées sous forme d'un vaccin combiné (appelé Imovax) qui est administré en deux injections. Dans les deux cas, comme le recommande l'OMS, il est prévu que l'ensemble des vaccinations soient reçues avant l'âge de 1 an.

Selon les recommandations de l'OMS (OMS 1991), les données sur la vaccination ont été collectées de deux façons différentes : elles ont été, soit copiées à partir du carnet de vaccination produit par la mère, soit enregistrées selon les déclarations de la mère. Une femme qui va en consultation prénatale reçoit, en principe, un carnet de santé sur lequel sont reportés les résultats des visites prénatales, l'issue de l'accouchement, ainsi que le suivi et les vaccinations des enfants; si la mère ne dispose pas de ce carnet, l'enfant présenté en consultation reçoit un carnet de vaccination où sont inscrits les différentes vaccinations qu'il reçoit. Lorsque la mère disposait de tels documents, les enquêtrices recopiaient les informations qui y étaient inscrites. Dans le cas où la mère ne disposait pas de tels documents (soit elle ne les avait jamais eus, soit ils n 'étaient pas disponibles au moment de l'enquête, soit elle les avait perdus), on lui demandait si son enfant avait reçu le BCG (caractérisé par la cicatrice que laisse généralement la vaccination), le vaccin contre la polio (y compris le nombre de doses) administré sous forme de gouttes, et celui contre la rougeole. Pour les enfants ne disposant pas d'enregistrement écrit, on ne posait pas de question sur le DTCoq, mais cette vaccination étant normalement effectuée en même temps que la polio, on suppose que la couverture est la même que celle de la polio. Enfin, on demandait à la femme si son enfant avait reçu des injections "au pistolet" utilisées pour l'administration des différents vaccins en stratégie mobile. Selon le nombre d'injections au pistolet reçues, combinées ou non aux autres vaccinations et selon le calendrier des vaccinations, on a déduit de quel type de vaccin il pouvait s'agir.

Afin de faciliter les mesures de la couverture vaccinale, précisons que les vaccinations au moyen de l'Imovax ne sont pas présentées en tant que telles dans les résultats qui suivent. Les enfants ayant reçu ce type de vaccination ont été comptabilisés avec ceux ayant reçu les vaccinations classiques contre la polio et le DTCoq.

Au Tableau 7.7 figurent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information : le carnet de vaccination, les déclarations de la mère et les deux sources. Les données concernent seulement les enfants de 12-23 mois, c'est-à-dire ceux qui, d'après les recommandations de l'OMS, ont atteint un âge où ils devraient être complètement vaccinés. Dans 35 pour cent des cas, la

Tableau 7.7 Vaccinations par sources d'information

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques quel que soit l'âge à la vaccination selon que l'information provient d'un carnet de vaccination ou de la déclaration de la mère, et pourcentage de ceux qui ont été vaccinés avant l'âge de 12 mois, EDS Niger 1992

Source d'information	BCG	DTCoq[1] 1	DTCoq[1] 2	DTCoq[1] 3	Polio[1] 0	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Toutes[2]	Fièvre jaune	Toutes[3] (y compris fièvre jaune)	Aucune	Effectif d'enfants
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête														
Selon le carnet de vaccination	31,8	29,5	19,8	16,7	14,0	29,0	19,9	16,5	22,5	14,5	21,3	13,8	3,0	1087
Selon la déclaration de la mère	8,1	6,8	4,5	3,6	0,0	6,8	4,5	3,6	5,3	2,8	0,6	0,6	55,8	1087
Selon les deux sources	39,9	36,3	24,2	20,3	14,1	35,8	24,4	20,1	27,8	17,4	21,9	14,4	58,8	1087
Vaccinés avant l'âge de 12 mois														
Selon le carnet de vaccination	27,1	25,2	16,9	13,6	12,3	24,8	16,9	13,3	15,4	9,9	13,6	9,1	7,4	1087
Selon les deux sources	35,3	32,1	21,0	17,3	13,6	31,7	21,1	17,1	20,4	13,0	14,9	10,5	63,7	1087

Note: On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio. Chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, on a supposé que la proportion de vaccins reçus durant leur première année de vie était la même que chez ceux ayant un carnet de vaccination.

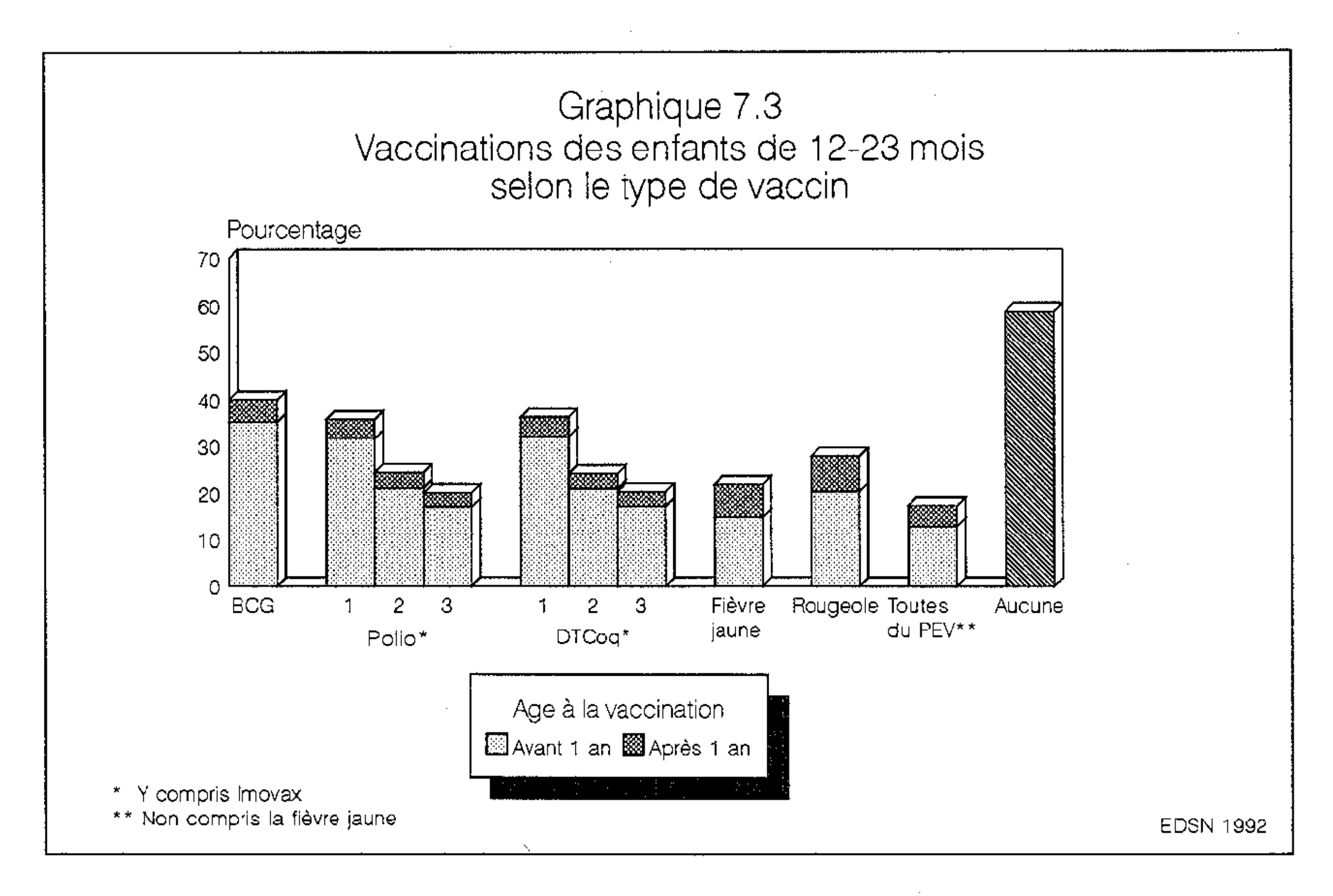
[1] Y compris les enfants ayant reçu l'Imovax.

[2] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio et/ou les doses 1 et 2 d'Imovax).

[3] Enfants complètement vaccinés (BCG, rougeole, trois doses de DTCoq et de polio et/ou deux doses d'Imovax) et ayant, en plus, reçu la vaccination contre la fièvre jaune.

couverture vaccinale est mesurée à partir des cartes ou de carnets de vaccination, pour les autres cas (65 pour cent) la couverture vaccinale est établie à partir des déclarations de la mère. Les données sur la couverture vaccinale sont synthétisées au Graphique 7.3. Près d'un enfant sur trois âgé de 12-23 mois (32 pour cent) a reçu le BCG, si l'on se base sur le carnet de vaccination, et moins d'un enfant sur dix (8 pour cent) a également reçu ce vaccin d'après les déclarations de la mère. Au total donc, 40 pour cent des enfants avaient reçu le BCG au moment de l'enquête, et 35 pour cent avaient reçu cette vaccination avant l'âge de un an. Au moment de prendre les mesures anthropométriques des enfants (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel), les enquêtrices constataient si une cicatrice du BCG était visible sur l'avant-bras gauche des enfants. Parmi les 40 pour cent d'enfants de 12-23 mois vaccinés, les enquêtrices ont constaté des cicatrices du BCG dans 88 pour cent des cas, ce qui confirme assez bien les données collectées sur cette vaccination (donnée non présentée au Tableau 7.7).

Les résultats concernant les premières doses de polio et de DTCoq sont légèrement inférieurs à ceux concernant le BCG : 36 pour cent des enfants ont reçu la première dose de polio et de DTCoq. Dans les deux cas, la grande majorité des enfants vaccinés le sont d'après les carnets de vaccination (environ 29 pour cent). La couverture vaccinale diminue progressivement avec les doses: 36 pour cent des enfants ont reçu la 1ère dose de polio ou de DTCoq alors que seulement 20 pour cent des enfants ont reçu la 3ème dose. Le taux de



déperdition[1] entre la première et la troisième dose est donc très élevé : 44 pour cent. La couverture vaccinale contre la rougeole (28 pour cent) est nettement plus élevée que celle correspondant à la 2ème et surtout à la 3ème dose de polio et de DTCoq alors que, d'après le calendrier vaccinal, la vaccination contre la rougeole intervient après les 3ème doses de polio et de DTCoq. Par contre, la vaccination contre la fièvre jaune qui intervient à peu près au même âge que la vaccination contre la rougeole touche 22 pour cent des enfants, ce qui correspond à peu près à la proportion d'enfants ayant reçu les 3ème doses de polio et de DTCoq. Dans le cadre du PEV, c'est contre la tuberculose que les enfants sont le mieux vaccinés (40 pour cent), puis contre la rougeole (28 pour cent), la fièvre jaune (22 pour cent), et enfin contre la polio et le DTCoq (20 pour cent pour la 3ème dose). Parmi les enfants de 12-23 mois, on a calculé la proportion de ceux complètement immunisés contre les maladies-cible du PEV, y compris et non-compris la fièvre jaune.[2] En excluant la fièvre jaune, 17 pour cent des enfants seulement sont complètement immunisés contre les maladies-cible du PEV : en incluant la fièvre jaune, cette proportion déjà très faible diminue encore pour atteindre 14 pour cent. A l'opposé, près de 6 enfants sur 10 (59 pour cent) n'ont reçu aucune des vaccinations recommandées par l'OMS. Ce niveau de couverture vaccinale est l'un des plus faibles enregistrés actuellement au niveau mondial.

---

[1] Le taux de déperdition pour la polio, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième.

[2] On a signalé précédemment qu'au Niger, la fièvre jaune fait partie du PEV. Cependant, dans la plupart des pays, la vaccination antiamarile ne faisant pas partie du PEV, on a calculé la proportion d'enfants ayant reçu toutes les vaccinations non-compris la fièvre jaune pour faciliter les comparaisons internationales.

Pour la quasi totalité des enfants complètement vaccinés, le carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice : de même, trois quarts des enfants complètement vaccinés l'ont été avant l'âge de 1 an, c'est-à-dire conformément au calendrier vaccinal recommandé.

Le Tableau 7.8 et Graphique 7.4 présentent les niveaux de couverture vaccinale en fonction des caractéristiques de l'enfant et celles de la mère. Quel que soit le type de vaccination, les filles sont légèrement mieux vaccinées que les garçons (15 pour cent contre 14 pour cent pour l'ensemble des vaccinations du PEV). Du point de vue du rang de naissance, globalement les vaccinations sont plus fréquentes chez les enfants de premiers rangs (1 à 5) que chez les enfants de rang 6 et plus dont 11 pour cent seulement ont reçu toutes les vaccinations du PEV.

Tableau 7.8 Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage de ceux pour lesquels un carnet de vaccinations a été présenté à l'enquêtrice, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

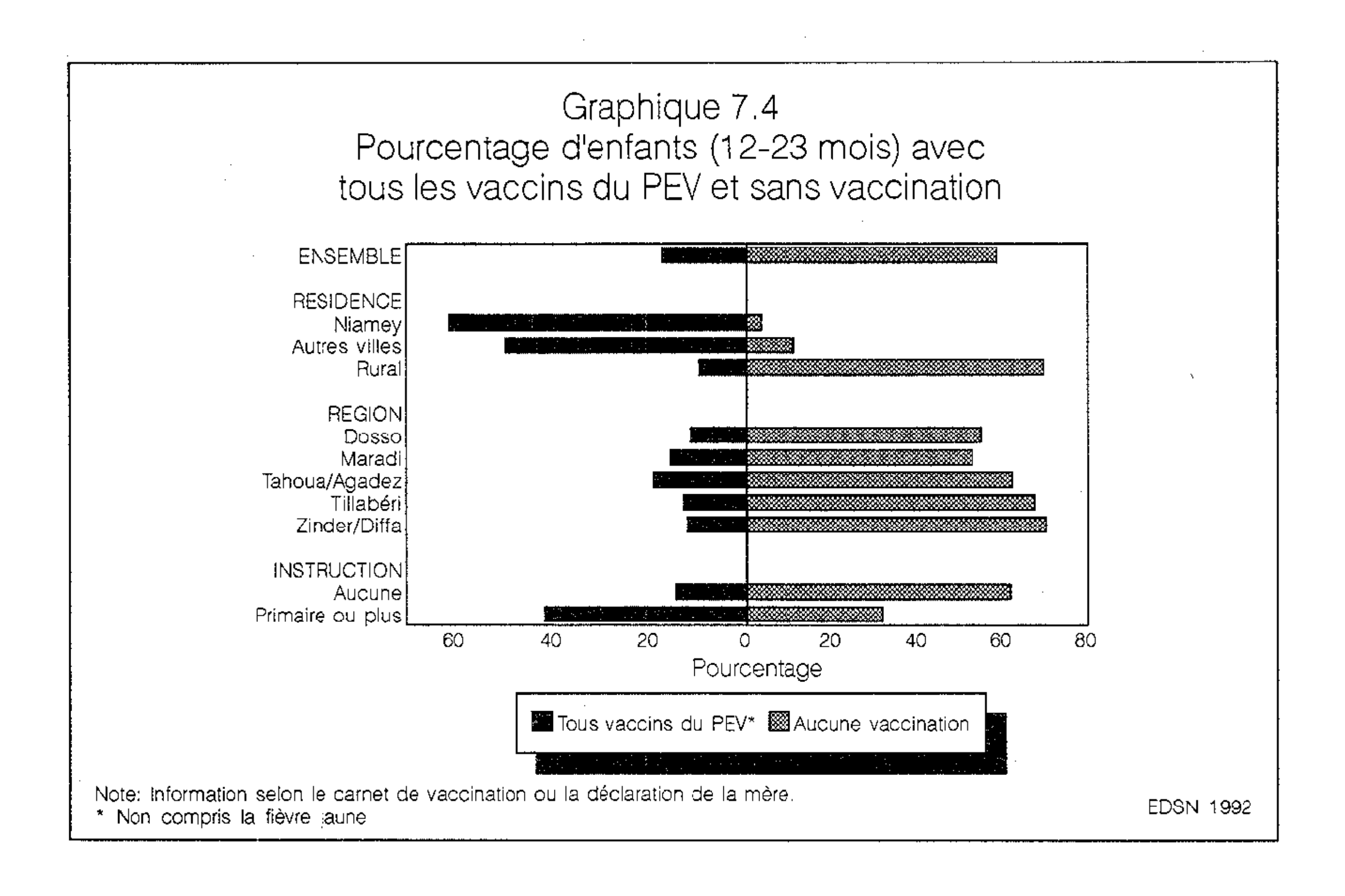
Caractéristique	BCG	DTCoq[1] 1	DTCoq[1] 2	DTCoq[1] 3	Polio[1] 0	Polio[1] 1	Polio[1] 2	Polio[1] 3	Rougeole	Toutes[2]	Fièvre jaune	Toutes[3] (y compris fièvre jaune)	Aucune	Pourcentage avec un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
Sexe															
Masculin	38,0	34,3	22,7	18,4	13,8	33,5	22,9	18,5	25,5	16,3	20,4	13,7	61,0	33,7	599
Féminin	42,2	38,7	26,1	22,7	14,3	38,6	26,1	22,1	30,6	18,7	23,8	15,3	56,1	37,2	487
Rang de naissance															
1	44,3	41,4	31,4	25,3	12,9	40,4	31,8	25,3	34,9	21,7	25,7	16,6	54,3	34,7	154
2-3	44,1	41,7	25,9	21,3	15,9	41,2	25,9	20,9	31,6	18,6	25,2	14,9	54,2	41,3	306
4-5	36,4	33,5	24,0	20,7	14,0	33,9	24,1	20,9	27,2	19,4	24,4	17,5	63,1	33,7	246
6 ou +	37,0	31,7	20,1	17,2	13,1	30,9	20,3	16,7	22,2	13,3	16,2	11,2	61,5	31,7	381
Milieu de résidence															
Niamey	94,1	87,2	83,3	74,9	65,5	88,7	84,2	74,4	70,9	61,1	57,6	52,2	3,4	82,3	66
Autres villes	86,9	75,1	64,9	58,0	51,4	74,7	64,5	56,3	59,6	49,8	49,4	42,4	11,0	76,7	126
Ensemble urbain	89,4	79,2	71,2	63,8	56,3	79,5	71,3	62,5	63,5	53,7	52,2	45,8	8,4	78,6	191
Rural	29,3	27,1	14,2	11,0	5,0	26,5	14,4	11,0	20,2	9,6	15,5	7,7	69,6	26,0	895
Région															
Niamey	94,1	87,2	83,3	74,9	65,5	88,7	84,2	74,4	70,9	61,1	57,6	52,2	3,4	82,3	66
Dosso	44,9	38,9	16,9	12,0	14,5	37,9	16,9	12,0	27,7	11,6	24,8	10,3	55,1	39,2	144
Maradi	45,5	40,3	23,1	18,4	13,9	39,1	22,9	18,4	35,5	15,7	25,9	13,1	53,0	40,1	193
Tahoua/Agadez	36,5	33,1	24,2	21,9	10,9	33,1	23,5	20,9	26,6	19,1	19,6	15,2	62,4	30,5	241
Tillabéri	30,6	30,0	18,3	14,4	6,4	29,6	19,1	14,4	19,9	13,0	17,7	11,7	67,5	35,5	231
Zinder/Diffa	28,6	25,7	18,4	15,4	9,9	25,0	18,9	15,6	17,5	12,2	12,7	8,8	70,2	18,9	212
Niveau d'instruction															
Aucun	36,8	33,0	20,8	17,3	11,9	32,4	20,8	17,1	25,2	14,6	19,7	12,3	61,9	32,4	976
Primaire ou plus	67,5	65,2	54,4	47,1	33,1	66,2	55,5	46,8	51,0	41,6	41,8	32,9	31,9	60,6	111
Ensemble des enfants	39,9	36,3	24,2	20,3	14,1	35,8	24,4	20,1	27,8	17,4	21,9	14,4	58,8	35,3	1087

Note. On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.

[1] Y compris les enfants ayant reçu l'Imovax.

[2] Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole, les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio et/ou les doses 1 et 2 d'Imovax).

[3] Enfants complètement vaccinés (BCG, rougeole, trois doses de DTCoq et de polio et/ou deux doses d'Imovax) et ayant, en plus, reçu la vaccination contre la fièvre jaune.



Les différences entre milieux de résidence sont très importantes (Graphique 7.4) : 94 pour cent des enfants de Niamey ont reçu le BCG contre 87 pour cent dans les "autres villes" et seulement 29 pour cent en milieu rural; pour les autres vaccinations on observe les mêmes tendances. Pour l'ensemble des vaccinations du PEV (non compris la fièvre jaune), les enfants du milieu urbain sont près de six fois mieux couverts que ceux du milieu rural (54 pour cent contre 10 pour cent). Il convient de souligner également que la déperdition des vaccinations avec les doses est beaucoup plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Dans la capitale et les autres villes, les taux de déperdition entre la 1ère et la 3ème dose sont de 21 pour cent pour la polio et de 19 pour cent pour le DTCoq, alors qu'en milieu rural ces taux atteignent 59 pour cent. Du point de vue régional (Graphique 7.4), la couverture vaccinale pour l'ensemble des maladies-cible du PEV varie d'un maximum de 19 pour cent à Tahoua/Agadez à un minimum de 12 pour cent à Dosso et à Zinder/Diffa. Dans cette dernière région 70 pour cent des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucune vaccination du PEV et seulement 19 pour cent des enfants possèdent un carnet de vaccination. Que ce soit du point de vue du milieu ou de celui de la région de résidence, l'éloignement des formations sanitaires et l'insuffisance des équipes mobiles expliquent, en grande partie, ces écarts dans la couverture vaccinale et dans la déperdition de la vaccination; cependant, le manque d'information, de motivation et le manque de prise de conscience par les mères de l'importance de la vaccination des enfants expliquent peut-être, également, les très faibles niveaux de couverture vaccinale observés.

Le niveau d'instruction de la mère joue également un grand rôle dans la couverture vaccinale des enfants : 65 pour cent et plus des enfants de femmes ayant une certaine instruction ont reçu le BCG, le DTCoq 1 et la polio 1; 51 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole; 42 pour cent ont reçu le vaccin antiamarile; et 42 pour cent ont été complètement vaccinés. Bien que ces proportions d'enfants vaccinés soient encore faibles, elles sont deux fois plus élevées que celles concernant les enfants dans la mère n'a aucune instruction, et près de trois fois plus élevées dans le cas des enfants complètement immunisés (42 pour

cent contre 15 pour cent). En outre, il faut remarquer que, par rapport aux femmes ayant de l'instruction, chez celles sans instruction, la proportion d'enfants vaccinés diminue beaucoup plus fortement avec les doses : quand la mère n'a pas d'instruction, seulement un enfant sur deux ayant reçu la polio 1 ou le DTCoq 1 reçoit la troisième dose (taux de déperdition de 47 et 48 pour cent), contre près de trois enfants sur quatre lorsque la mère a fréquenté l'école (taux de déperdition de 29 et 28 pour cent). La proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination est extrêmement élevée lorsque la mère n'a aucune instruction (62 pour cent) et elle diminue de près de moitié pour s'établir à 32 pour cent pour les femmes ayant une certaine instruction, ce qui reste encore très élevé.

Les données sur la vaccination ayant été collectées pour tous les enfants de moins de cinq ans, on peut évaluer rétrospectivement les tendances de la couverture vaccinale avant l'âge de 12 mois pour les quatre années ayant précédé l'enquête à partir des données concernant les enfants de 12-23, 24-35, 36-47 et 48-59 mois à l'enquête. Le Tableau 7.9 présente ces taux de couverture vaccinale d'après le carnet de vaccination

Tableau 7.9 Vaccinations avant l'âge de 12 mois

Pourcentage d'enfants âgés de 1 à 4 ans pour lesquels un carnet de vaccinations a été montré à l'enquêtrice, et pourcentage de ceux qui ont reçu, avant l'âge de 12 mois, le BCG, le DTCoq, les vaccins contre la polio et contre la rougeole, par âge actuel de l'enfant, EDS Niger 1992

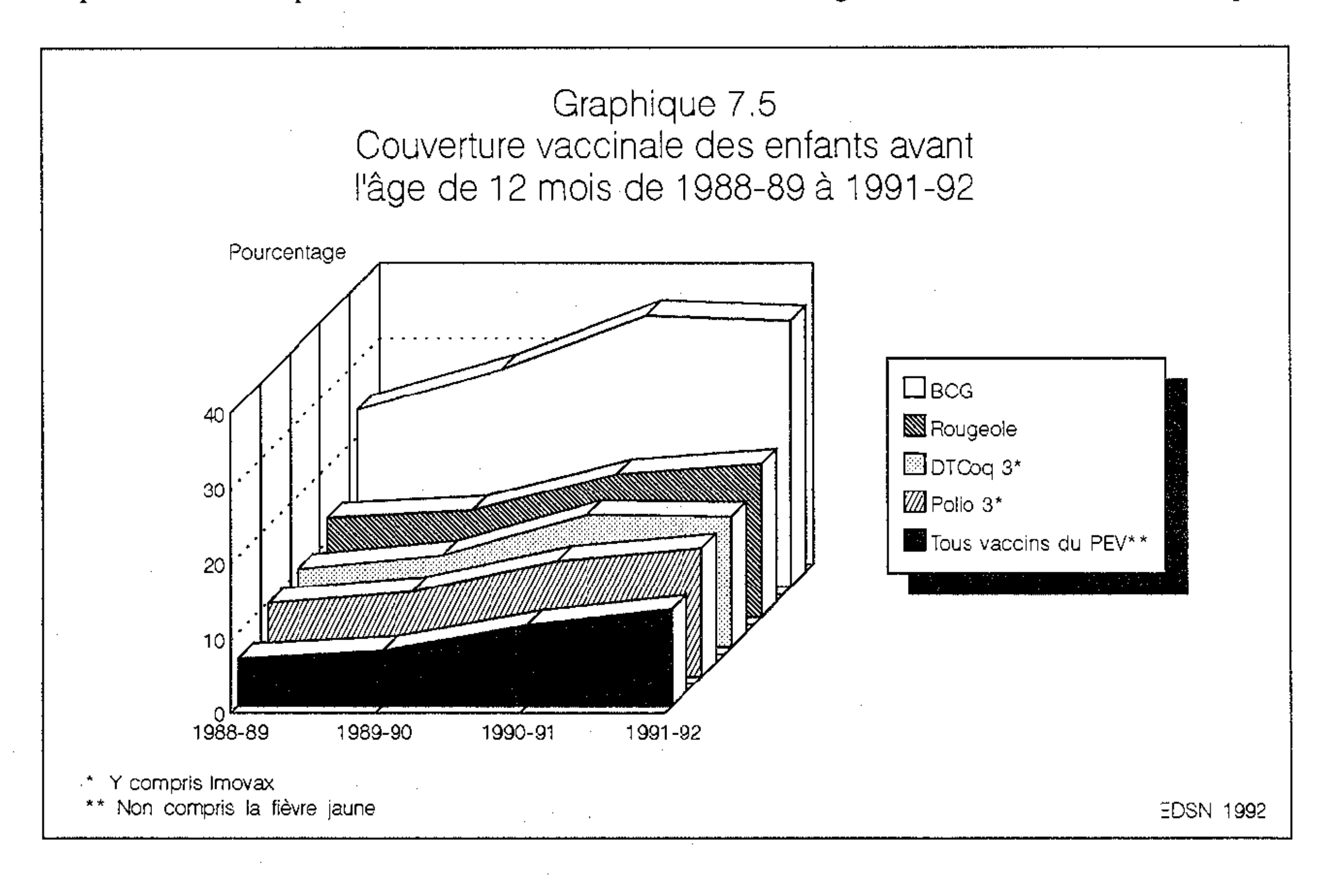
	Age actuel de l'enfant en mois				Enfants 12-59 mois
	12-23	24-35	36-47	48-59	
Carnet de vaccination montré à l'enquêtrice	35,3	34,1	31,2	28,6	32,4
Pourcentages d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois[1]					
BCG	35,3	36,0	28,9	23,5	31,1
DTCoq 1	32,1	31,3	22,0	17,9	26,0
DTCoq 2	21,0	21,2	14,7	12,4	17,5
DTCoq 3[2]	17,3	17,5	12,1	10,3	14,4
Polio 0	13,6	11,5	7,6	4,0	9,3
Polio 1	31,7	30,6	21,4	17,4	25,5
Polio 2	21,1	20,8	14,7	11,8	17,2
Polio 3	17,1	15,4	11,3	9,8	13,5
Rougeole	20,4	19,0	14,1	13,1	16,7
Toutes les vaccinations[3]	13,0	10,9	7,5	6,5	9,6
Fièvre jaune	14,9	14,1	9,4	7,8	11,7
Toutes les vaccinations[4]	10,5	8,9	5,5	4,8	7,5
Aucune vaccination	63,7	61,5	70,2	73,2	67,0
Effectif d'enfants	1087	1119	1081	993	4279

Note: Les enfants ayant reçu l'Imovax sont comptabilisés avec ceux ayant reçu les vaccinations contre le DTCoq et la polio.
[1]L'information a été obtenue soit à partir du carnet de vaccinations, soit à partir des déclarations de la mère quand il n'y avait pas d'enregistrement écrit. On suppose que, chez les enfants pour lesquels l'information est basée sur la déclaration de la mère, la proportion de vaccins reçus durant la première année de vie est la même que chez ceux ayant un carnet.
[2]On suppose que le taux de couverture du DTCoq pour les enfants sans carnet de vaccination est le même que celui de la polio quand la mère a déclaré que l'enfant avait été vacciné contre la polio.
[3]Enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire ceux qui ont recu le BCG, la rougeole, les doses 1, 2 et 3 de DTCoq et de polio et/ou les doses 1 et 2 d'Imovax.
[4]Enfants complètement vaccinés et ayant reçu, en plus, la vaccination contre la fièvre jaune.

ou les déclarations de la mère. Les différentes valeurs ont été calculées à partir des dates de vaccination figurant sur les carnets; dans les cas où les dates de vaccination étaient inconnues, par exemple lorsque l'information provenait des seules déclarations de la mère, on a supposé que ces enfants avaient été vaccinés selon un calendrier similaire à celui des enfants disposant de dates sur les carnets. Figurent également au Tableau 7.9 les proportions d'enfants de chaque âge pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

Pour l'ensemble des enfants de 1-4 ans, un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice dans 32 pour cent des cas, 31 pour cent ont reçu le BCG avant un an, 26 pour cent ont reçu les premières doses de polio et de DTCoq, 17 pour cent ont été vaccinés contre la rougeole, 12 pour cent ont reçu le vaccin antiamarile et 10 pour cent ont été protégés contre toutes les maladies-cible du PEV avant l'âge de 12 mois. Cette dernière proportion chute à 8 pour cent en tenant compte de la fièvre jaune dans le PEV. A l'opposé, 67 pour cent des 1-4 ans n'ont reçu aucune vaccination.

Des enfants les plus âgés (48-59 mois) aux enfants les plus jeunes (12-23 mois), la proportion de ceux pour lesquels un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice augmente, passant de 29 à 35 pour cent. De même, quel que soit le type de vaccin, on observe une augmentation des taux de couverture vaccinale avant l'âge de 1 an entre les enfants les plus âgés et les plus jeunes, les taux passant de 24 à 35 pour cent pour le BCG, de 13 à 20 pour cent pour la rougeole et de 10 à 17 pour cent pour les 3[ème] doses de polio et de DTCoq (Graphique 7.5). La proportion d'enfants complètement immunisés durant leur première année est deux fois plus importante chez les enfants de 12-23 mois (11 pour cent) que chez ceux de 48-59 mois (5 pour cent). Ces variations peuvent, en partie, être dues à des problèmes de mémoire des enquêtées qui, lorsqu'il n'y a pas ou lorsqu'il n'y a plus de trace écrite, se souviendraient moins bien des vaccinations données à leurs enfants les plus âgés. Cependant, l'ensemble des changements constatés semblent trop importants pour n'être dûs qu'à une amélioration des déclarations pour les enfants les plus jeunes : ils correspondent aussi, très certainement, à une amélioration de la couverture vaccinale des années 1988-89 à 1992. Cette amélioration est peut-être la conséquence des Journées d'Accélération du PEV organisées en 1991. Par ailleurs, on peut



noter que si près des trois quarts des enfants de 48-59 mois n'ont reçu aucune vaccination, cette proportion tombe à 62 pour cent pour les enfants de 24-35 mois, pour remonter à 64 pour cent chez ceux de 12-23 mois. Ce changement de tendance entre les deux groupes d'enfants les plus jeunes, de même que le ralentissement de l'augmentation des taux de couverture vaccinale entre ces deux groupes d'enfants qui apparaît nettement au Graphique 7.5, pourraient être le signe d'un ralentissement récent de l'amélioration de la couverture vaccinale; cependant, ce phénomène pourrait aussi être le signe d'une mortalité particulièrement importante touchant, entre 1 et 2 ans, les enfants non-vaccinés et consécutive, en particulier, aux épidémies de rougeole.

7.3 MALADIES DES ENFANTS

7.3.1 Infections respiratoires

Les infections respiratoires aiguës et, en particulier, la pneumonie constituent l'une des principales causes de mortalité des enfants des pays en développement. Pour évaluer la prévalence de cette maladie, on a demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien que le diagnostic de la pneumonie ne puisse être établi aussi aisément et nécessite un examen plus approfondi, la présence de ces deux symptômes concomitants est révélatrice de cette maladie. Les soins précoces et le traitement par les antibiotiques pouvant éviter une grande proportion de décès par pneumonie, on a également demandé aux mères si l'enfant souffrant de toux et de respiration courte et rapide avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Il apparaît au Tableau 7.10 que 11 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont souffert simultanément de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Ces deux symptômes, révélateurs de la pneumonie, sont nettement plus fréquents chez les enfants les plus jeunes et diminuent régulièrement avec l'âge, leur prévalence passant de 14 pour cent chez les enfants de moins de 1 an à 8 pour cent chez ceux de 4 ans. Par contre aucune différence de prévalence n'apparaît en fonction du sexe ou du rang de naissance. Du point de vue de la résidence, ce sont les enfants des "autres villes" qui sont le moins touchés (6 pour cent), suivis de ceux de Niamey (10 pour cent) et de ceux du milieu rural (12 pour cent). Au niveau régional, la prévalence varie de 8 pour cent à Maradi et à Tahoua/Agadez à 17 pour cent dans le département de Tillabéri. Le fait que les proportions les plus élevées d'enfants souffrant de toux et de respiration courte et rapide se rencontrent dans les départements de Dosso (12 pour cent) et de Tillabéri, situés, comme Niamey, au sud-est du pays laisse à penser que les facteurs climatiques jouent un rôle important dans la prévalence de ces affections.

Seulement 14 pour cent des enfants présentant les symptômes de la toux et de respiration courte et rapide ont été conduits en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical. La majorité des enfants (39 pour cent) n'ont reçu aucun traitement durant leur maladie. Lorsqu'un traitement a été donné, ce sont avant tout les remèdes traditionnels qui sont utilisés (17 pour cent), suivis du sirop contre la toux (13 pour cent), des antibiotiques sous forme de sirop[3] ou de comprimés (9 pour cent) et 6 pour cent ont été soignés par injections pouvant également contenir des antibiotiques. Les réponses multiples étant admises pour les traitements, cela explique la très forte proportion d'enfants ayant reçu "d'autres remèdes" (35 pour cent) : dans leur grande majorité, les enfants ayant reçu ces "autres remèdes" ont également reçu un traitement au moyen d'un des médicaments spécifiques présentés au Tableau 7.10. La fréquentation des établissements de soins et le type de traitement reçu diffèrent grandement selon les caractéristiques socio-démographiques des enfants et de leur mère. Les enfants de 6 à 23 mois sont conduits en consultation et

[3] Pendant l'interview, l'enquêtrice demandait à voir le flacon de sirop utilisé, ou, si cela n'était pas possible, elle demandait la marque du sirop. Cependant, même en prenant de telles précautions, la distinction entre un sirop antitussif et un sirop antibiotique n'est pas toujours aisée, et il est fort possible que la répartition entre ces deux catégories de médicaments soit, en réalité, quelque peu différente de celle présentée ici.

Tableau 7.10 Prévalence et traitement des infections respiratoires aiguës

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant souffert de toux avec une respiration courte et rapide durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants malades ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

		Enfants avec toux et respiration courte et rapide							
		Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez un médecin	Pourcentage traités avec:						
Caractéristique	Pourcentage avec toux et respiration courte et rapide		Anti-biotiques	Injec-tions	Sirop contre la toux	Rèmede tradi-tionnel	Autres	Rien NSP/ND	Effectif d'en-fants
Age de l'enfant									
< 6 mois	14,5	8,1	6,6	1,8	11,6	15,1	18,4	55,1	681
6-11 mois	13,9	23,8	12,5	7,1	25,5	20,2	34,9	28,9	652
12-23 mois	12,4	17,0	12,5	7,9	15,4	13,6	43,3	31,5	1087
24-35 mois	9,2	13,7	9,5	6,9	10,0	15,1	30,2	40,5	1119
36-47 mois	8,9	7,3	3,8	4,9	6,1	15,0	39,3	43,6	1081
48-59 mois	7,9	10,1	10,8	2,9	10,0	25,3	40,4	35,1	993
Sexe									
Masculin	10,6	15,9	10,0	6,7	12,2	16,7	35,9	37,1	2981
Féminin	10,9	11,0	8,7	4,1	14,2	17,0	33,4	40,9	2631
Rang de naissance									
1	10,8	16,3	12,7	5,4	10,9	11,6	32,4	40,5	789
2-3	10,2	15,7	12,2	8,7	16,1	16,5	33,4	36,4	1603
4-5	10,6	13,6	5,3	3,7	12,3	17,5	36,9	43,0	1405
6 ou +	11,3	10,7	8,8	4,3	12,5	18,8	35,1	37,3	1814
Milieu de résidence									
Niamey	9,8	59,2	32,7	8,2	69,4	2,0	28,6	12,2	322
Autres villes	5,6	42,0	18,8	10,1	50,7	1,4	46,4	13,0	630
Ensemble urbain	7,0	50,1	25,4	9,2	59,5	1,7	38,0	12,7	952
Rural	11,5	9,0	7,4	5,0	7,4	18,7	34,3	42,2	4659
Région									
Niamey	9,8	59,2	32,7	8,2	69,4	2,0	28,6	12,2	322
Dosso	11,8	9,5	9,9	1,5	7,6	32,9	36,5	32,9	816
Maradi	8,1	8,5	7,3	6,8	9,3	5,0	36,1	49,2	1046
Tahoua/Agadez	7,7	9,0	13,4	5,1	11,4	10,6	21,2	50,2	1215
Tillabéri	16,9	10,8	3,3	1,9	6,4	20,6	45,8	39,6	1015
Zinder/Diffa	10,5	15,7	9,9	12,0	16,4	15,7	28,9	34,1	1198
Niveau d'instruction									
Aucun	10,8	10,9	9,1	5,5	11,0	17,5	33,4	40,5	5071
Primaire ou plus	10,2	39,8	12,3	5,2	34,7	10,2	47,5	23,1	541
Ensemble des enfants	10,7	13,5	9,4	5,5	13,2	16,8	34,7	38,9	5612

Note : Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

reçoivent des médicaments en plus forte proportion que leurs aînés et que les enfants de moins de 6 mois. Il en est de même pour les enfants de sexe masculin et pour ceux de premiers rangs qui fréquentent davantage les établissements sanitaires que ceux de sexe féminin et de rangs élevés. Ce sont les enfants de Niamey (59 pour cent), des "autres villes" (42 pour cent), ceux dont la mère a fréquenté l'école (40 pour cent) et ceux de Zinder/Diffa (16 pour cent) qui sont conduits le plus fréquemment en consultation en cas de maladie; par ailleurs, ce sont également ceux qui reçoivent le plus fréquemment des médicaments modernes spécifiques. A l'inverse, seulement 9 pour cent des enfants malades du milieu rural et 11 pour cent de ceux dont la mère n'a pas d'instruction sont conduits en consultation et, en outre, plus de 40 pour cent de ces enfants ne reçoivent aucun traitement en cas de maladie.

7.3.2 Fièvre

La fièvre peut être un symptôme majeur de nombreuses maladies parmi lesquelles la rougeole et le paludisme, fortement endémique au Niger, sont la cause de nombreux décès d'enfants dans les pays africains. Aussi a-t-on demandé aux mères si leurs enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Si tel était le cas, on demandait si l'enfant avait été conduit en consultation et quel type de traitement il avait reçu.

Au niveau national (Tableau 7.11), près d'un enfant sur deux (45 pour cent) a eu de la fièvre dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. Comme pour les infections respiratoires, les enfants les plus jeunes sont les plus touchés, mais la prévalence la plus forte (57 pour cent) concerne ici les enfants de 6 à 23 mois; par contre, la prévalence diffère très peu selon le sexe et le rang de naissance des enfants. Du point de vue du milieu et de la région de résidence (Graphique 7.6), la fièvre touche plus particulièrement les enfants de milieu rural (49 pour cent) et, comme pour les infections respiratoires, ceux de Tillabéri (57 pour cent) et de Dosso (51 pour cent). Là encore, les conditions climatiques propres à ces régions jouent très certainement un rôle dans la forte prévalence de la fièvre. En ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, les enfants de femmes sans instruction sont plus atteints que ceux dont la mère a fréquenté l'école (respectivement 46 et 34 pour cent).

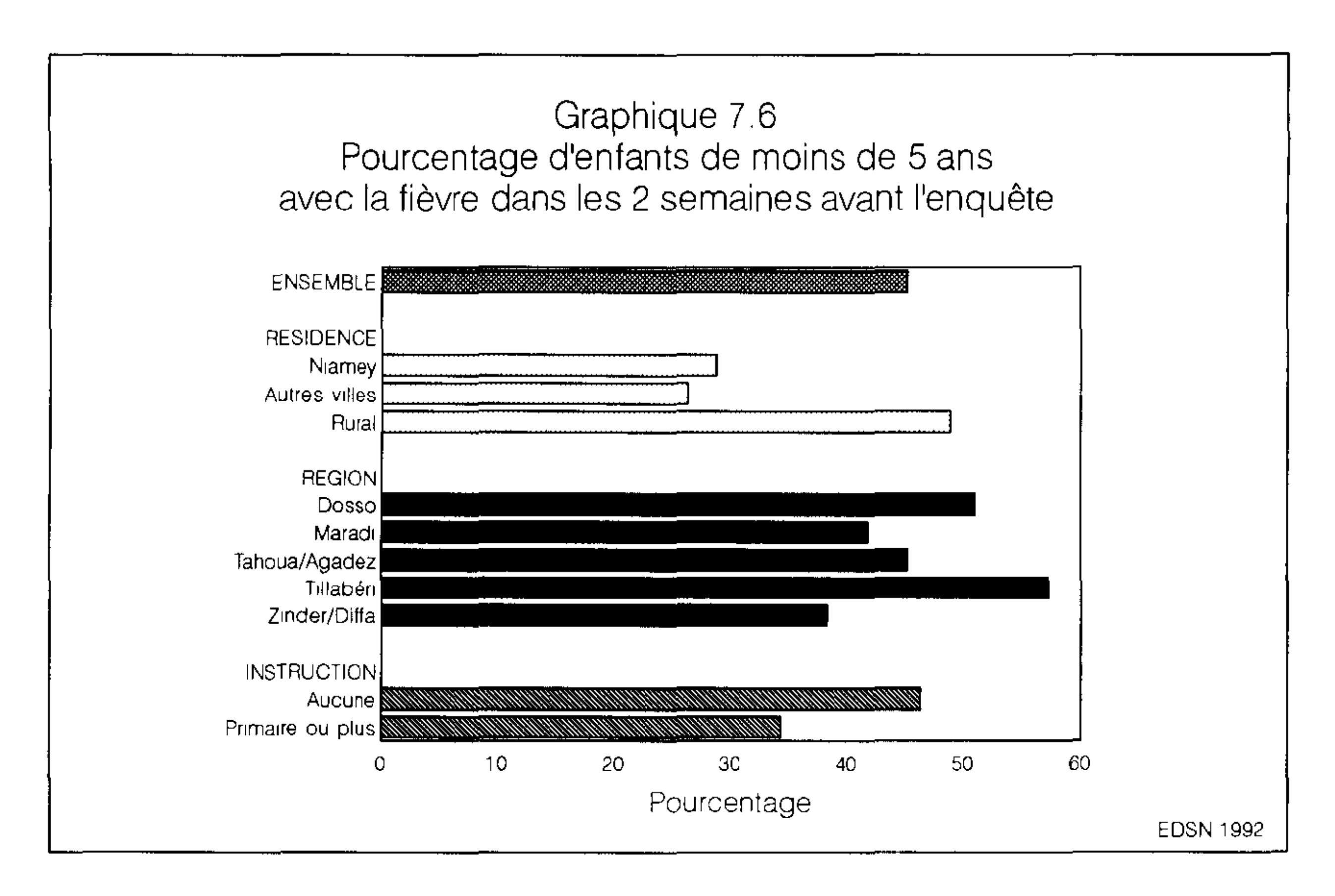
Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, seulement un sur dix (11 pour cent) a été conduit en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical (Tableau 7.11). Les enfants de 6 à 23 mois (qui sont aussi les plus touchés), ceux de sexe masculin, ceux de premiers rangs, ceux du milieu urbain et ceux dont la mère a fréquenté l'école sont ceux qui sont conduits le plus fréquemment en consultation dans des formations sanitaires. La majorité des enfants malades (47 pour cent) n'ont reçu aucun traitement pour lutter contre la fièvre, en particulier en milieu rural (50 pour cent) et lorsque la mère est sans instruction (49 pour cent). Ceux qui ont été soignés ont été surtout traités au moyen d'anti-paludéens (23 pour cent). Les antibiotiques ont été donnés à 13 pour cent des enfants mais, dans 4 pour cent des cas, l'enfant a reçu une injection qui pourrait également contenir des antibiotiques. Enfin, 11 pour cent des enfants ont été traités avec des remèdes traditionnels. Quelles que soient les caractéristiques des enfants ou celles de leur mère, le traitement par anti-paludéen est largement dominant, sauf dans le cas du milieu urbain et de Niamey en particulier où le recours aux antibiotiques est nettement dominant et où le traitement par injections est également très utilisé. De même, le traitement par antibiotique l'emporte sur les anti-paludéens dans les départements de Zinder/Diffa et Tahoua/Agadez. Ces différences dans les traitements sont peut-être dues au fait que, dans les zones concernées, la fièvre est plus souvent associée à d'autres maladies que le paludisme.

Tableau 7.11 Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage d'enfants avec la fièvre ayant été soignés avec des médicaments spécifiques, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Pourcentage ayant la fièvre	Enfants avec fièvre: Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez un médecin	Pourcentage traités avec: Anti-paludéens	Anti-biotiques	Injec-tions	Rèmedes tradi-tionnels	Autres	Rien NSP/ND	Effectif d'en-fants
Age de l'enfant									
< 6 mois	43,4	5,6	12,5	9,0	1,9	12,0	9,1	60,3	681
6-11 mois	58,4	15,7	24,5	14,0	4,2	11,2	15,6	42,6	652
12-23 mois	56,0	13,0	23,1	13,9	4,2	11,5	11,9	46,4	1087
24-35 mois	46,3	11,8	25,0	12,2	4,5	11,2	12,4	44,9	1119
36-47 mois	37,4	6,8	22,8	11,2	4,0	13,3	8,3	50,1	1081
48-59 mois	33,0	9,6	25,7	14,3	3,8	9,2	14,7	42,3	993
Sexe									
Masculin	45,1	11,7	25,4	12,5	4,3	12,3	11,7	44,6	2981
Féminin	45,2	9,9	19,8	12,7	3,5	10,5	12,4	50,1	2631
Rang de naissance									
1	43,0	13,6	27,0	10,9	4,4	13,8	11,1	44,5	789
2-3	42,4	12,6	25,4	14,1	5,7	10,0	11,3	45,6	1603
4-5	45,5	8,4	20,4	9,7	2,5	11,6	12,3	51,3	1405
6 ou +	48,3	10,3	20,8	14,3	3,4	11,6	12,8	46,4	1814
Milieu de résidence									
Niamey	28,7	41,3	29,4	42,7	15,0	3,1	32,9	10,8	322
Autres villes	26,3	34,1	29,1	29,4	13,9	2,8	24,1	24,5	630
Ensemble urbain	27,1	36,6	29,2	34,2	14,3	2,9	27,3	19,6	952
Rural	48,9	7,9	22,0	10,2	2,7	12,4	10,3	50,3	4659
Région									
Niamey	28,7	41,3	29,4	42,7	15,0	3,1	32,9	10,8	322
Dosso	51,0	10,5	27,2	18,1	3,2	15,3	6,2	40,5	816
Maradi	41,8	9,2	19,3	5,8	4,5	8,6	13,6	55,9	1046
Tahoua/Agadez	45,2	9,6	15,3	16,6	3,1	5,6	11,6	54,4	1215
Tillabéri	57,3	9,8	40,2	5,6	1,1	16,7	8,0	40,4	1015
Zinder/Diffa	38,2	9,4	7,5	12,2	6,3	12,6	17,3	52,2	1198
Niveau d'instruction									
Aucun	46,3	9,3	21,4	12,2	3,6	11,7	11,3	48,7	5071
Primaire ou plus	34,3	30,5	40,1	17,8	7,3	8,5	20,8	28,2	541
Ensemble des enfants	45,2	10,9	22,8	12,6	3,9	11,4	12,0	47,2	5612

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.



7.3.3 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques et plus précisément la déshydratation qui peut s'ensuivre est une des principales causes de décès des enfants dans les pays en développement. Suivant les recommandations de l'OMS pour lutter contre les effets de la déshydratation, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé dans un programme de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel. En plus des questions sur la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, on a donc demandé aux femmes si elles connaissaient et avaient utilisé les traitements de réhydratation par voie orale.

Pour l'étude de la prévalence de la diarrhée,[4] deux périodes de référence ont été retenues : les deux semaines et les vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête. Le Tableau 7.12 fait apparaître que 28 pour cent des enfants de moins de cinq ans ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques dans les deux semaines ayant précédé l'enquête : plus de la moitié de ces enfants (16 pour cent) avaient toujours la diarrhée dans les vingt-quatre heures avant l'enquête. En outre, 7 pour cent des enfants (soit un enfant sur quatre ayant eu la diarrhée dans les deux dernières semaines), ont eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles, ce qui est un symptôme de dysenterie. Comme il apparaît au Graphique 7.7, la prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée chez les enfants de 6-24 mois (42 pour cent), âges du sevrage et surtout âges auxquels les enfants commencent à porter "n'importe quoi" à leur bouche, s'exposant ainsi aux agents pathogènes. On verra plus loin (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel) que c'est également à ces âges que les enfants sont les plus atteints de sous-nutrition aiguë. Une alimentation

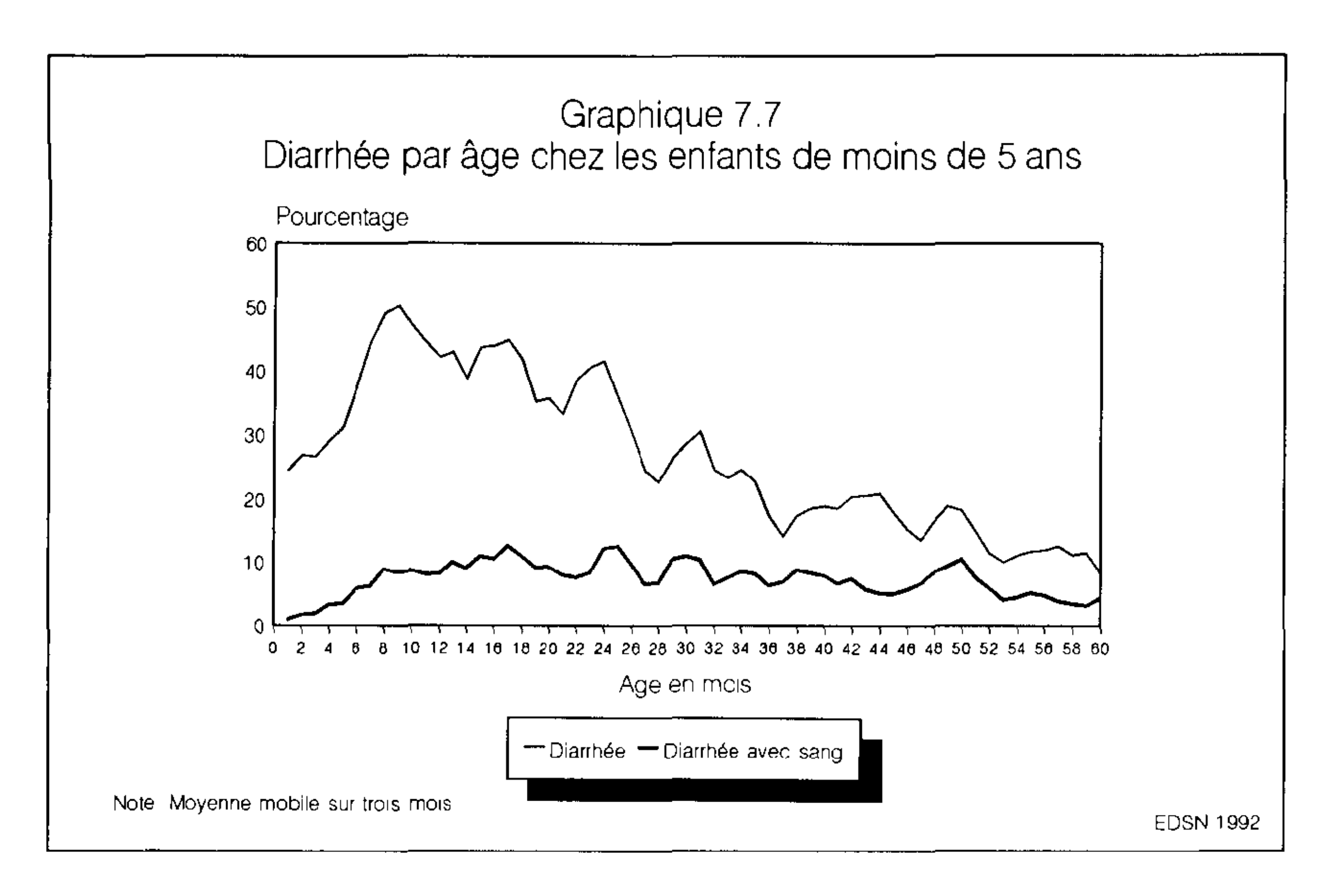
[4] La diarrhée n'a pas été définie dans le questionnaire dans la mesure où l'on estimait que les mères savaient ce qu'est cette maladie. Dans le cas où elles ne comprenaient pas exactement de quoi il s'agissait, l'enquêtrice demandait alors si l'enfant avait eu plus de trois selles liquides par jour.

Tableau 7.12 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée avec présence de sang dans les selles durant les deux semaines ayant précédé l'enquête, et pourcentage de ceux ayant eu la diarrhée dans les dernières 24 heures, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête[1]: Toute diarrhée	Diarrhée durant les 2 semaines précédant l'enquête[1]: Avec sang dans selles	Toute diarrhée dans les dernières 24 h[2]	Effectif d'enfants
Age de l'enfant				
< 6 mois	27,1	2,4	19,7	681
6-11 mois	45,6	7,3	28,6	652
12-23 mois	40,3	9,2	21,5	1087
24-35 mois	29,1	9,6	14,3	1119
36-47 mois	17,0	6,6	9,3	1081
48-59 mois	13,8	6,3	5,6	993
Sexe				
Masculin	28,5	8,3	16,6	2981
Féminin	27,2	6,1	14,3	2631
Rang de naissance				
1	28,1	5,6	16,3	789
2-3	26,7	6,6	15,6	1603
4-5	27,9	6,9	15,9	1405
6 ou +	28,9	8,8	14,8	1814
Milieu de résidence				
Niamey	17,2	1,8	7,6	322
Autres villes	21,5	2,7	12,1	630
Ensemble urbain	20,1	2,4	10,6	952
Rural	29,5	8,2	16,5	4659
Région				
Niamey	17,2	1,8	7,6	322
Dosso	30,3	10,2	14,4	816
Maradi	31,8	8,9	19,4	1046
Tahoua/Agadez	26,5	6,3	16,1	1215
Tillabéri	24,2	5,3	10,5	1015
Zinder/Diffa	30,3	7,9	18,7	1198
Niveau d'instruction				
Aucun	28,2	7,7	15,5	5071
Primaire ou plus	24,8	3,5	15,3	541
Ensemble des enfants	27,9	7,3	15,5	5612

Note: Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.
[1]Y compris toute diarrhée dans les dernières 24 heures
[2]Y compris diarrhée avec présence de sang dans les selles

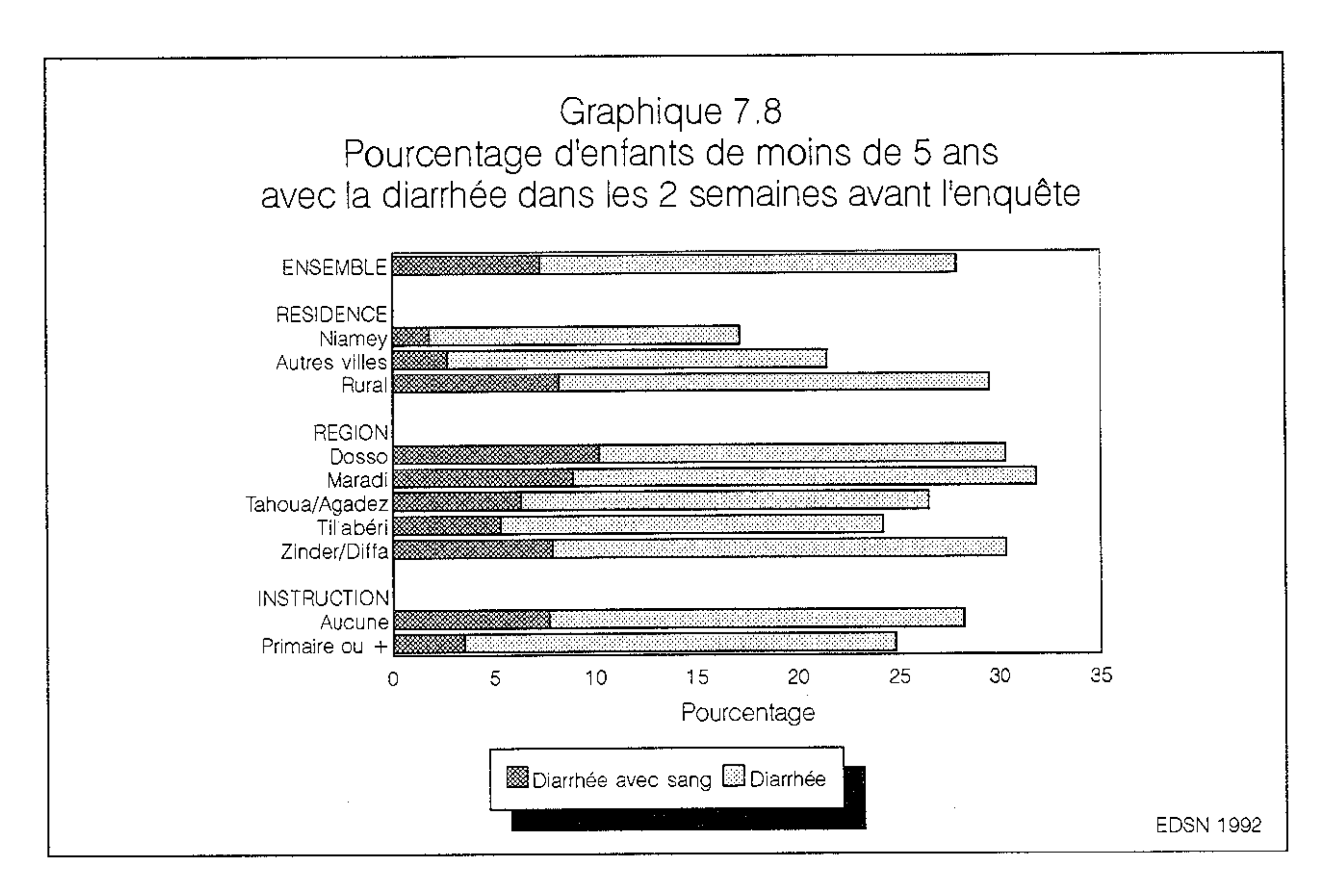


insuffisante et mal équilibrée, combinée à des épisodes diarrhéiques sévères et fréquents sont la causes de la prévalence de l'émaciation chez les enfants. De plus, ces enfants affaiblis sont plus exposés à d'autres maladies (la rougeole, par exemple). La prévalence beaucoup plus faible de la diarrhée, observée à partir du 24ème mois n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état de santé des enfants à partir de cet âge, elle peut aussi être la conséquence d'une forte mortalité touchant les enfants les plus atteints (voir Chapitre 9 - Mortalité), les moins touchés survivant après leur 2ème anniversaire.

Concernant le sexe et le rang de naissance, peu de différences apparaissent dans la prévalence de la diarrhée, sauf dans les cas de diarrhée accompagnée de sang qui semble toucher plus particulièrement les garçons et les enfants de rangs élevés.

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, on observe de fortes différences dans la prévalence (Graphique 7.8). Les enfants du milieu rural sont beaucoup plus atteints que ceux du milieu urbain (30 pour cent contre 20 pour cent), et plus particulièrement dans les cas de diarrhée accompagnée de sang (8 pour cent contre 2 pour cent). Les mauvaises conditions sanitaires et la difficulté d'approvisionnement en eau potable sont certainement la cause de ces fortes prévalences. Du point de vue régional, c'est dans le département de Tillabéri que la prévalence de la diarrhée est la plus faible (24 pour cent), ainsi que la fréquence des symptômes de dysenterie : seulement 5 pour cent alors que 10 pour cent des enfants de Dosso sont touchés.

Le niveau d'instruction de la mère qui influe sur la connaissance des pratiques alimentaires et des mesures d'hygiène est également un facteur déterminant de la prévalence de la diarrhée : 28 pour cent des enfants dont la mère n'a aucune instruction ont eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, contre près de 25 pour cent pour les enfants dont la mère a un minimum d'instruction; si on se limite aux cas les plus graves de diarrhée (accompagnée de sang), la prévalence varie de 8 à 4 pour cent selon le niveau d'instruction. Ces écarts ne s'expliquent pas par la seule différence de niveau d'instruction des mères, mais



aussi, et surtout, par les conditions socio-économiques et environnementales qui différencient souvent les femmes des différents niveaux d'instruction.

Parmi les femmes ayant eu des enfants dans les cinq années avant l'enquête, près de trois sur cinq (57 pour cent) ont déclaré connaître les SRO, mais une femme sur trois seulement (33 pour cent) a déclaré en avoir déjà utilisé (Tableau 7.13). Connaissance et utilisation varient fortement selon les caractéristiques des femmes. La connaissance des SRO est plus de 1,5 fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (88 pour cent contre 51 pour cent); l'utilisation des SRO est, elle, plus de 2,5 fois plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (70 pour cent contre 26 pour cent). Les femmes de Zinder/Diffa, région dans laquelle la prévalence de la diarrhée est élevée (30 pour cent) sont, par contre, celles qui connaissent et utilisent le moins les sachets de SRO (respectivement 41 pour cent et 22 pour cent); à l'opposé, les femmes de Tillabéri, département où la prévalence de la diarrhée est la plus faible (24 pour cent), sont celles qui connaissent et utilisent le plus les SRO (respectivement 63 pour cent et 32 pour cent). Enfin, la connaissance des sachets de SRO varie de 55 pour cent chez les femmes sans instruction à 78 pour cent chez les femmes ayant fréquenté l'école et, de même, l'utilisation des sachets passe de 31 à 54 pour cent entre ces deux catégories de femmes.

Tableau 7.13 Connaissance et utilisation des sachets de SRO

Pourcentage de mères ayant eu des naissances au cours des cinq années précédant l'enquête connaissant et ayant déjà utilisé les sachets de SRO, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Connaît les sachets de SRO	A déjà utilisé les sachets de SRO	Effectif de mères
Age de la mère			
15-19	43,3	16,0	427
20-24	55,6	28,7	986
25-29	59,7	36,3	1134
30-34	60,4	36,0	791
35-49	59,1	38,1	860
Milieu de résidence			
Niamey	87,7	67,7	231
Autres villes	88,2	70,6	427
Ensemble urbain	88,0	69,6	658
Rural	51,3	25,9	3539
Région			
Niamey	87,7	67,7	231
Dosso	57,0	28,2	590
Maradi	61,4	34,5	801
Tahoua/Agadez	56,5	36,8	923
Tillabéri	62,9	31,7	750
Zinder/Diffa	41,1	22,0	902
Niveau d'instruction			
Aucun	54,9	30,7	3813
Primaire ou plus	78,4	53,7	384
Ensemble des enfants	57,1	32,8	4197

Note: Y compris les mères qui ont donné des sachets de SRO contre la diarrhée pendant les deux semaines précédant l'enquête, bien qu'on ne leur ait pas posé de questions sur leur connaissance des sachets de SRO.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée dans les deux semaines avant l'enquête, un sur dix seulement (10 pour cent) a été conduit en consultation dans un établissement de soins ou auprès de personnel médical (Tableau 7.14). Les consultations sont beaucoup moins fréquentes pour les enfants de moins de 6 mois et de 48 mois et plus, qui sont aussi les plus atteints, que pour les enfants des autres âges. Les femmes du milieu urbain se rendent beaucoup plus en consultation que celles du milieu rural (33 pour cent contre 7 pour cent seulement). Enfin, les consultations sont deux fois plus fréquentes pour les enfants de femmes ayant fréquenté l'école (18 pour cent) que pour ceux dont la mère est sans instruction (9 pour cent).

Tableau 7.14 Traitement de la diarrhée

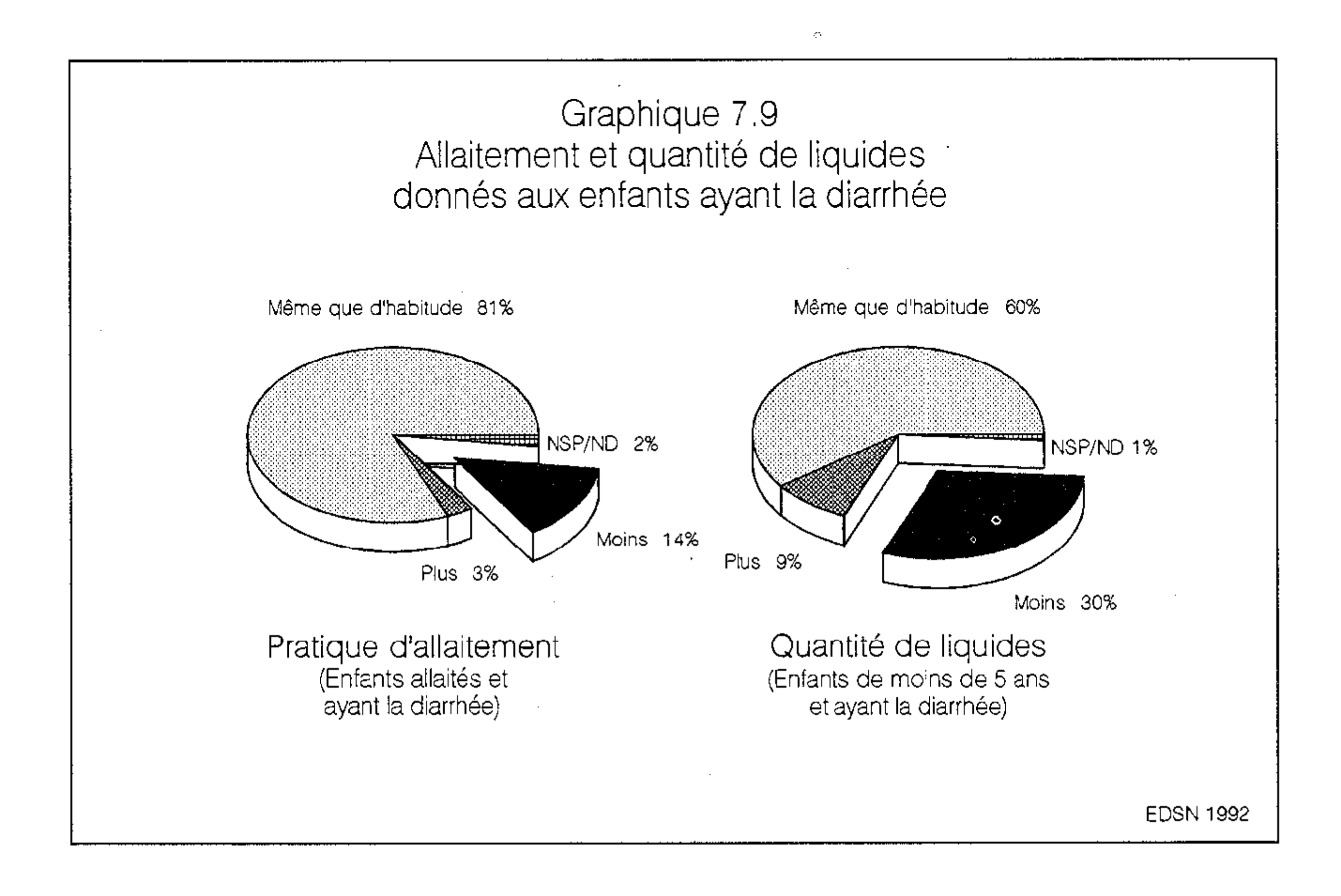
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête qui ont été menés en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé, pourcentage de ceux ayant suivi une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), pourcentage de ceux qui ont reçu davantage de liquides, pourcentage de ceux qui n'ont reçu ni TRO ni davantage de liquides, et pourcentage de ceux ayant reçu d'autres traitements, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Pourcentage menés en visite dans établissement sanitaire ou chez médecin	Réhydration orale: Sachets SRO	Réhydration orale: Solution préparée à la maison	Réhydration orale: Ayant reçu davantage de liquides	Réhydration orale: N'ayant reçu ni TRO, ni davantage de liquides	Autres traitements reçus: Antibiotiques	Autres traitements reçus: Injection	Autres traitements reçus: Remèdes tradit.	Autres traitements reçus: Autres	Rien/ NSP/ND	Effectif d'enfants avec diarrhée
Age de l'enfant											
< 6 mois	2,4	2,8	2,7	12,7	84,0	3,7	0,0	15,5	7,6	62,6	185
6-11 mois	10,8	12,8	11,3	12,8	69,6	5,3	0,9	19,6	10,8	48,2	297
12-23 mois	11,7	11,6	10,9	10,4	74,0	6,3	0,1	28,3	14,2	39,6	438
24-35 mois	9,9	11,9	12,3	7,1	74,0	5,6	0,7	27,1	14,5	39,8	326
36-47 mois	14,3	10,7	8,0	9,3	78,2	7,0	0,8	22,8	14,9	48,3	184
48-59 mois	5,5	7,8	6,2	12,1	77,8	1,0	2,1	26,6	9,2	52,0	137
Sexe											
Masculin	9,7	11,2	10,2	11,1	73,3	5,2	1,0	25,9	13,6	43,1	851
Féminin	10,0	9,5	8,8	9,7	77,3	5,3	0,2	21,9	11,1	49,6	715
Rang de naissance											
1	11,0	11,5	8,1	9,2	75,6	5,9	0,6	20,0	9,2	51,5	222
2-3	8,8	11,5	8,3	12,2	73,7	5,6	0,7	23,9	13,1	45,5	427
4-5	8,8	8,2	8,4	9,8	77,7	5,0	0,9	18,6	12,6	51,5	392
6 ou +	11,0	10,8	12,0	10,0	74,2	4,9	0,3	30,0	13,3	40,1	525
Milieu de résidence											
Niamey	30,8	36,6	18,0	13,4	48,3	12,2	1,7	25,0	18,6	22,7	56
Autres villes	33,2	31,3	20,8	17,4	52,1	10,9	1,1	13,6	20,0	27,9	136
Ensemble urbain	32,5	32,9	20,0	16,2	51,0	11,3	1,3	16,9	19,6	26,4	191
Rural	6,7	7,3	8,1	9,7	78,5	4,4	0,5	25,1	11,5	48,8	1374
Région											
Niamey	30,8	36,6	18,0	13,4	48,3	12,2	1,7	25,0	18,6	22,7	56
Dosso	8,0	9,0	11,8	12,8	72,8	11,3	0,6	22,6	9,0	42,2	247
Maradi	9,8	7,4	10,6	17,5	70,0	3,6	0,6	24,3	16,9	44,3	333
Tahoua/Agadez	10,3	14,3	10,0	5,1	75,7	4,7	1,0	19,5	9,1	52,4	322
Tillabéri	6,6	8,5	9,5	8,7	79,2	3,1	0,0	30,3	9,8	49,2	246
Zinder/Diffa	9,7	8,0	5,5	7,9	82,4	3,6	0,5	24,5	14,8	46,2	362
Niveau d'instruction											
Aucun	9,1	9,2	8,9	10,4	76,4	4,7	0,7	24,2	12,4	46,9	1431
Primaire ou plus	18,1	23,3	16,6	11,1	62,1	11,6	0,0	22,9	13,6	37,1	134
Ensemble des enfants avec diarrhée	9,8	10,4	9,6	10,5	75,2	5,3	0,6	24,1	12,5	46,1	1566

Note: La TRO comprend la solution préparée à partir des sachets de SRO et/ou le liquide recommandé et préparé à la maison. Les données concernent les naissances de la période 1-59 mois précédant l'enquête.

Pendant les épisodes diarrhéiques, les trois quarts des enfants (75 pour cent) n'ont pas reçu une quantité de liquides (y compris le lait maternel et les SRO) plus importante qu'en période normale. Seulement 10 pour cent des enfants ont reçu des sachets de SRO et 10 pour cent également ont été traités avec une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Compte tenu du fait que 57 pour cent des femmes ont déclaré connaître les SRO, ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique cette connaissance. Le Graphique 7.9 montre qu'en ce qui concerne l'ensemble des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée, 60 pour cent ont reçu la même quantité de liquides (non compris l'allaitement), 9 pour cent seulement en ont reçu davantage et 30 pour cent en ont reçu moins qu'en période normale. Par ailleurs, 81 pour cent des enfants qui sont toujours allaités et qui ont eu la diarrhée ont continué d'être allaités de la même façon pendant les épisodes diarrhéiques; dans 3 pour cent des cas seulement l'allaitement a été augmenté et pour 14 pour cent des enfants l'allaitement a été réduit ou stoppé. Ces résultats démontrent que les mères devraient être beaucoup mieux informées sur la nécessité d'augmenter la quantité de liquides (allaitement ou autres) à donner aux enfants durant les épisodes diarrhéiques.

Les enfants du milieu urbain, ceux du département de Maradi et ceux dont la mère a un certain niveau d'instruction sont ceux pour lesquels l'augmentation de la quantité de liquide (y compris la TRO) donné pendant les épisodes diarrhéiques est la plus fréquente (Tableau 7.14). En tant que médicament, les antibiotiques ne sont utilisés que dans 5 pour cent des cas et surtout en milieu urbain et dans le département de Dosso (11 pour cent), et lorsque la mère a fréquenté l'école (12 pour cent). En fait, en cas de diarrhée, ce sont surtout les remèdes traditionnels qui sont utilisés (24 pour cent) et cela quelles que soient les caractéristiques de l'enfant ou de sa mère.



CHAPITRE 8

ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL

Ce chapitre est consacré à l'analyse des pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, ainsi qu'à l'évaluation de l'état nutritionnel de ces enfants[1] et des femmes ayant eu des naissances dans les cinq dernières années. La première partie présente les résultats de l'enquête concernant les pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément; la deuxième partie porte sur l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants à partir des mesures anthropométriques (taille et poids), ainsi que sur les carences en vitamine A; et la dernière partie du chapitre est consacrée à l'état nutritionnel des mères.

8.1 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLEMENT

Les pratiques d'alimentation et la morbidité constituent les principaux facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui affecte, à son tour, la morbidité et la mortalité de ces enfants. Le lait maternel est un aliment irremplaçable pour le nouveau-né, en effet il contient tous les éléments nutritifs nécessaires au bon développement et à la croissance de l'enfant durant ses premiers mois d'existence. De plus, comme il est hygiénique et qu'il permet la transmission des anticorps de la mère, le lait maternel limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies.

Par ailleurs, l'allaitement par son intensité et sa fréquence, prolonge l'infécondité post-partum de la mère. Ainsi, en agissant sur l'intervalle entre naissances et donc sur le niveau de la fécondité, il influe sur l'état de santé des mères et de leurs enfants.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement sur l'état de santé de l'enfant, au cours de l'EDSN, on a demandé aux femmes si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête. Plus précisément, on leur a demandé quel âge avaient ces enfants au moment où elles avaient commencé à allaiter, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits des aliments de complément et quel type d'aliments. On a demandé également aux mères si elles avaient utilisé des biberons.

La quasi-totalité (98 pour cent) des enfants nigériens nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités (Tableau 8.1), et cette pratique est presque uniforme quels que soient le sexe de l'enfant, le milieu ou la région de résidence, le niveau d'instruction de la mère, le lieu de naissance ou le type d'assistance à l'accouchement. Concernant les enfants derniers-nés au cours des cinq dernières années, 71 pour cent n'ont pas été mis au sein pour la première fois au cours des vingt-quatre premières heures suivant la naissance : ainsi, bien que l'allaitement soit quasi-général au Niger, relativement peu d'enfants sont mis au sein durant leur premier jour d'existence.

Ce comportement peut avoir un effet néfaste sur la santé de l'enfant : en effet, c'est lors des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures suivant la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère et qui sont essentiels pour lui éviter de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures, il reçoit, à la place du lait maternel, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

---

[1] Les données sur l'allaitement, l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants qui sont présentées dans ce chapitre ont fait l'objet d'une analyse approfondie (Oumarou et al., 1993).

Tableau 8.1 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années précédant l'enquête et ayant été allaités, et pourcentage d'enfants derniers-nés ayant commencé à être allaités dans l'heure ou dans le jour suivant leur naissance, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	Ensemble des enfants		Derniers-nés		
Caractéristique	Pourcentages ayant été allaités	Effectif	Pourcentage allaités dans l'heure suivant la naissance	Pourcentage allaités durant le jour suivant la naissance	Effectif
Sexe de l'enfant					
Masculin	97,8	3748	20,1	29,0	2285
Féminin	97,4	3456	20,4	29,9	1996
Milieu de résidence					
Niamey	97,9	365	51,4	68,3	236
Autres villes	98,4	743	21,4	32,4	434
Ensemble urbain	98,2	1107	32,0	45,0	669
Rural	97,5	6097	18,1	26,6	3611
Région					
Niamey	97,9	365	51,4	68,3	236
Dosso	97,7	1013	26,4	40,3	604
Maradi	97,7	1385	7,0	10,0	820
Tahoua/Agadez	97,9	1580	20,1	28,6	939
Tillabéri	97,6	1284	32,0	50,1	762
Zinder/Diffa	97,0	1578	10,4	13,4	920
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	97,5	6572	19,6	28,3	3893
Primaire ou plus	98,3	632	26,5	41,0	388
Assistance à l'accouchement					
Personnel formé médicalement	98,3	1072	34,6	50,5	659
Accoucheuse traditionnelle formée	98,2	1303	16,1	24,3	801
Accoucheuse traditionnelle	97,4	1886	9,1	13,0	1112
Autre ou personne	97,6	2926	23,9	34,5	1706
ND	21,8	17	9,3	9,3	3
Lieu de l'accouchement					
Etablissement sanitaire					
A la maison	98,5	1111	33,6	49,4	687
Autre	97,6	6046	17,7	25,6	3574
ND	100,0	29	19,9	30,3	18
	27,4	19	26,6	26,6	2
Ensemble des enfants					
	97,6	7205	20,2	29,4	4281

Note: Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les 5 années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.

Alors que l'allaitement est pratiqué uniformément dans le pays, le moment où il commence varie de façon significative selon les caractéristiques socio-démographiques des mères.

Concernant le milieu de résidence, on constate qu'à Niamey 68 pour cent des enfants ont reçu le sein durant le premier jour suivant la naissance, et dans 51 pour cent des cas dans la première heure; à l'opposé, en milieu rural, 27 pour cent seulement des enfants ont été allaités durant les vingt-quatre premières heures.

Au point de vue régional, dans les régions de Maradi et de Zinder/Diffa, les proportions d'enfants allaités durant le premier jour sont très faibles, respectivement, 10 et 13 pour cent. Il est probable que l'influence des pratiques haoussa traditionnelles, toujours très fortes dans ces régions, est une des principales causes de cette situation. En effet, ces résultats correspondent à ceux d'autres enquêtes localisées[2] qui ont démontré que l'allaitement, en particulier chez les haoussa, ne commence parfois que trois, quatre ou même cinq jours ou plus après la naissance. Dans certaines régions, le colostrum est considéré comme étant mauvais et le lait doit subir un test avant d'être donné à l'enfant. Souvent, aussi, la mère reçoit un médicament traditionnel pour enlever les propriétés mauvaises du lait. Pendant cette période, avant le début de l'allaitement, l'enfant est nourri d'autres liquides tels que l'eau, les tisanes traditionnelles, le lait de vache.

Le niveau d'instruction semble avoir une influence positive en ce qui concerne le début de l'allaitement. En effet 41 pour cent des bébés ont été mis au sein durant le premier jour chez les mères ayant au moins une instruction primaire, contre 28 pour cent seulement chez celles n'ayant pas fréquenté l'école.

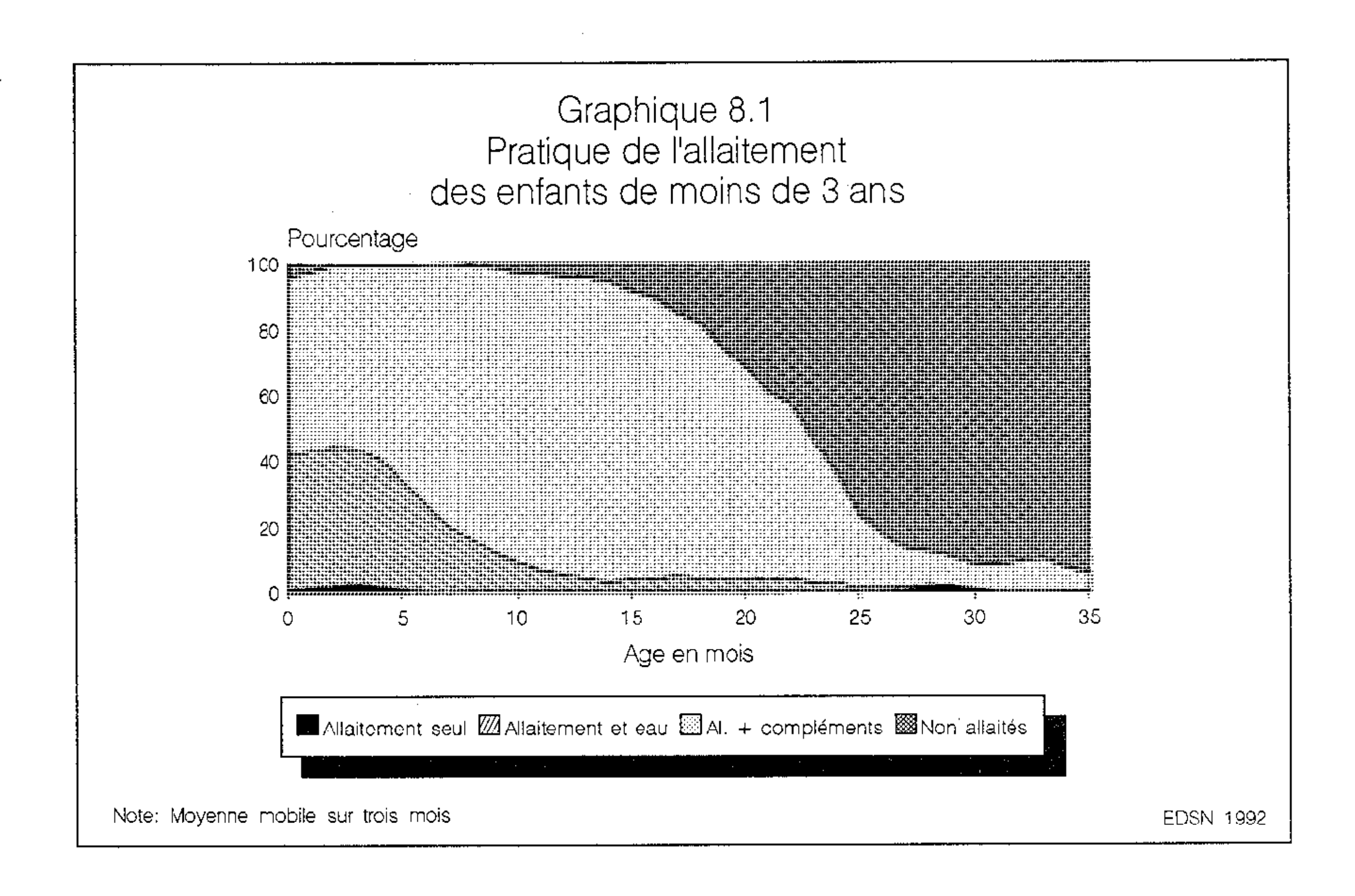
Lorsque la mère a accouché avec l'assistance de personnel médical, dans 51 pour cent des cas, l'enfant a reçu le sein dans les premières vingt-quatre heures; cette proportion est de 24 pour cent lorsque la mère a été assistée par une accoucheuse traditionnelle formée, de 13 pour cent lorsque l'accouchement s'est passé avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle non formée et de 35 pour cent lorsque la femme a accouché avec simplement l'aide de parents, d'amis ou lorsqu'elle a accouché toute seule. L'influence des accoucheuses traditionnelles, qu'elles soient formées ou non semble donc avoir un effet négatif sur le début de l'allaitement. Enfin, lorsque les femmes accouchent dans une formation sanitaire, les enfants sont plus souvent mis au sein le premier jour (49 pour cent) que lorsque l'accouchement a eu lieu à la maison (26 pour cent).

Le Graphique 8.1 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de moins de trois ans au moment de l'enquête. Durant les premiers mois, presque tous les enfants sont allaités et cette pratique reste très importante pendant les deux premières années d'existence : 95 pour cent des enfants sont encore allaités à 14 mois et 80 pour cent à 18 mois. L'allaitement prend fin le plus souvent entre le 18ème et le 24ème mois, période au cours de laquelle la proportion d'enfants allaités chute de près de 50 pour cent.

Comme il apparaît au Graphique 8.1, l'allaitement exclusif est presque inexistant au Niger : avant l'âge de 6 mois, seulement 1 pour cent des enfants sont exclusivement allaités, alors que l'OMS recommande que jusqu'à 4-6 mois, les enfants soient uniquement nourris au sein. Chez les femmes nigériennes, il est très courant de donner divers liquides à l'enfant dès les premiers jours, voire les premières heures. Certains liquides, tels que les infusions et *l'eau bénite* (eau mélangée avec l'encre ayant servi à écrire des versets du Coran) ne servent pas à l'alimentation, mais plutôt à la protection de l'enfant, ou à sa préparation pour recevoir l'alimentation. On donne également de l'eau, de l'eau sucrée ou du lait de vache en attendant que le lait de la mère soit acceptable. Ces pratiques d'introduction de liquides dans l'alimentation sont très liées aux croyances traditionnelles, de même que le début tardif de l'allaitement.

---

[2] Voir: Hung et Diallo, 1992; Keith, 1990; Kedner et al., 1990.



Le Tableau 8.2 concerne les enfants allaités de moins de trente mois,[3] selon le type d'aliments qu'ils reçoivent en complément du sein (plusieurs types de compléments pouvant être donnés, la somme des pourcentages peut excéder 100 pour cent). L'OMS recommande qu'entre 4 et 6 mois, âges auxquels le lait maternel n'est plus suffisant pour assurer la meilleure croissance possible des enfants, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation. Il apparaît au Tableau 8.2 qu'à 6-7 mois, une proportion importante d'enfants ne sont pas nourris selon ces recommandations, puisque 33 pour cent d'enfants ne reçoivent pas encore d'aliments solides de complément, à 8-9 mois, cette proportion passe à 20 pour cent et, à 10-11 mois, il reste encore 10 pour cent des enfants qui reçoivent une alimentation inadéquate.

Au Niger, les mères n'utilisent le biberon que très rarement : seulement 2 pour cent des enfants prennent le biberon à 0-1 mois, 3 pour cent à 2-3 mois, 4 pour cent à 4-5 mois et c'est à 6-7 mois que l'on trouve la proportion la plus élevée avec 6 pour cent seulement. Bien qu'au niveau national l'utilisation du biberon soit relativement faible, il faut souligner que cette pratique varie fortement selon le milieu de résidence : en milieu rural, seulement 1 pour cent des enfants de 0-11 mois reçoivent le biberon, contre 11 pour cent dans les "autres villes" et 19 pour cent à Niamey.[4]

Les différents résultats qui viennent de révéler que de nombreux enfants ne reçoivent pas le colostrum et que des liquides et autres aliments sont introduits trop tôt dans leur alimentation, ont des implications particulièrement importantes sur l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants. En effet, ces pratiques

[3] Le tableau est limité aux enfants de moins de 30 mois, au-delà de cet âge, les effectifs d'enfants allaités étant beaucoup trop faibles.

[4] Ces données ne figurent pas au Tableau 8.2. Pour plus de précisions à ce sujet, voir Oumarou et al., 1993.

Tableau 8.2 Allaitement et alimentation de complément

Pourcentage d'enfants de moins de 30 mois allaités, par âge, selon le type d'aliments de complément reçus et pourcentage de ceux utilisant le biberon, EDS Niger 1992

Age en mois	Aliments de complément: Lait pour bébé	Autres laits	Autres liquides[1]	Solides/ Bouillies	Utilisation du biberon	Effectif
0-1	0,8	25,1	34,0	8,4	1,9	253
2-3	3,0	16,5	30,9	22,5	2,5	274
4-5	4,1	14,5	29,5	35,6	4,4	248
6-7	3,4	17,0	30,3	67,4	6,2	220
8-9	1,5	14,3	27,8	80,5	2,5	226
10-11	1,3	12,0	25,3	90,0	0,9	194
12-13	0,5	12,7	26,4	94,1	1,5	256
14-15	1,9	18,5	31,9	94,3	2,8	215
16-17	3,7	24,8	40,1	93,6	0,3	116
18-19	0,5	17,6	35,1	87,9	0,0	128
20-21	2,0	13,7	18,6	92,9	0,3	99
22-23	0,0	13,9	21,8	90,4	0,0	77
24-25	0,0	12,1	13,7	93,3	0,0	73
26-27	(0,9)	(6,3)	(15,1)	(96,1)	(0,0)	36
28-29	(0,0)	(15,9)	(25,6)	(78,6)	(7,1)	20

Note: Le statut d'allaitement fait référence aux dernières vingt-quatre heures. La somme des pourcentages d'enfants par type de complément peut dépasser 100% car l'enfant peut recevoir différents types de complément.
[1]Non compris l'eau
( ) Basé sur moins de 50 cas

exposent gravement les nouveau-nés aux agents pathogènes, facteurs de maladies infectieuses et, en particulier, les maladies diarrhéiques. En outre, en recevant autre chose que le sein, les enfants, étant en partie rassasiés, ont tendance à moins téter, ce qui les prive en partie du lait maternel et ce qui, en plus, en réduit la production. Par là-même, l'enfant devient de plus en plus dépendant de l'alimentation de complément.

Par ailleurs, l'introduction précoce de compléments nutritionnels entraîne une réduction de l'intensité et de la fréquence de l'allaitement maternel qui, à son tour, réduit la durée de l'aménorrhée post-partum et, finalement, l'intervalle intergénésique.

La durée médiane de l'allaitement estimée à 20,9 mois au niveau national (Tableau 8.3) présente de faibles variations selon les caractéristiques socio-démographiques des mères. En milieu rural (21,2 mois), elle est légèrement supérieure à celle des "autres villes" (18,9 mois), mais très proche de celle de Niamey (20,7 mois). Au niveau des régions, les durées médianes varient d'un minimum de 19,5 mois à Zinder/Diffa à un maximum de 23,3 mois à Dosso. Peu de différences apparaissent dans les durées médianes de l'allaitement en fonction du niveau d'instruction : 19,9 mois chez les femmes ayant fréquenté l'école contre 21,1 mois chez celles sans instruction. Enfin, les enfants dont les mères ont accouché sans assistance ou avec celle de parents/amis ont une durée d'allaitement légèrement plus longue (21,8 mois) que ceux dont la mère a accouché avec l'assistance de personnel médical (19,6 mois). Il semblerait donc que le personnel médical n'encourage pas suffisamment les femmes à prolonger l'allaitement.

Tableau 8.3 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement (enfants de moins de trois ans), et pourcentage d'enfants de moins de six mois ayant été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique	Durée médiane en mois: Ensemble de l'allaitement	Durée médiane en mois: Allaitement et eau[1]	Effectif	Enfants de moins de 6 mois: Pourcentage allaité 6 fois ou + dans les dernières 24 heures	Enfants de moins de 6 mois: Effectif
Sexe de l'enfant					
Masculin	21,0	0,6	2263	92,4	410
Féminin	20,9	0,6	2036	91,7	377
Milieu de résidence					
Niamey	20,7	0,6	219	89,4	30
Autres villes	18,9	0,6	451	94,4	74
Ensemble urbain	19,4	0,6	671	93,0	104
Rural	21,2	0,6	3628	91,9	682
Région					
Niamey	20,7	0,6	220	89,4	30
Dosso	23,3	5,2	598	86,3	117
Maradi	21,3	0,7	816	93,9	179
Tahoua/Agadez	20,6	0,5	933	91,7	148
Tillabéri	21,6	0,6	791	88,4	118
Zinder/Diffa	19,5	0,5	943	96,8	194
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	21,1	0,6	3896	91,7	717
Primaire ou plus	19,9	0,5	404	95,6	69
Assistance à l'accouchement					
Personnel formé médicalement	19,6	0,5	644	91,9	95
Accoucheuse traditionnelle *formée*	20,3	0,5	795	91,1	139
Accoucheuse traditionnelle	21,1	0,6	1091	95,2	235
Autre ou personne	21,8	0,6	1766	90,2	318
ND	15,5	15,5	4	-	0
Ensemble des enfants	20,9	0,6	4300	92,1	786
Moyenne	20,4	4,1	-	-	-
Moyenne prévalence/incidence	20,4	3,8	-	-	-

Note: Les médianes et moyennes sont basées sur le statut actuel.
[1] Y compris les enfants exclusivement allaités

Au Tableau 8.3 figure également la "Prévalence/Incidence" de l'allaitement qui est une durée moyenne calculée selon une méthode empruntée à l'épidémiologie.[5] Au Niger, la durée moyenne d'allaitement ainsi calculée est de 20,4 mois. Figurent ci-dessous les durées moyennes d'allaitement pour

[5] En épidémiologie, on estime la durée moyenne d'un événement en divisant sa prévalence par son incidence. Ici, l'événement est l'allaitement, la prévalence est le nombre d'enfants que les mères sont encore en train d'allaiter au moment de l'enquête, et l'incidence est le nombre moyen de naissances par mois. Ce nombre moyen est estimé à partir des naissances d'une période de 36 mois pour éviter les problèmes de saisonnalité et les erreurs possibles de période de référence. En divisant le nombre de mères qui allaitent au moment de l'enquête par le nombre mensuel moyen de naissances, on obtient une estimation de la durée moyenne d'allaitement en mois.

quelques pays d'Afrique subsaharienne, calculées selon le même procédé au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé :

Pays	Date de l'enquête	Durée moyenne d'allaitement (en mois)
Libéria	1986	17,0
Cameroun	1991	18,2
Zambie	1992	18,3
Sénégal	1986	18,8
Kenya	1989	19,4
Soudan	1989-90	19,5
Nigéria	1990	20,1
Mali	1987	21,6
Togo	1988	22,6
Burundi	1987	23,4

Il apparaît ainsi que la durée moyenne de l'allaitement au Niger ne se différencie pas particulièrement des durées trouvées dans les autres pays africains.

Au Tableau 8.3 figurent également des informations sur la fréquence de l'allaitement des enfants de moins de six mois. Au cours des dernières vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête, 92 pour cent des enfants de moins de 6 mois ont été allaités six fois ou plus, et cette fréquence de l'allaitement ne présente que peu de variations selon les caractéristiques de la mère ou de l'enfant. On notera cependant qu'à Dosso, où la durée médiane de l'allaitement est la plus longue (23,3 mois), la proportion d'enfants allaités six fois ou plus en vingt-quatre heures n'est que de 86 pour cent, alors qu'à Zinder/Diffa, où la durée médiane est la plus courte (19,5 mois), cette proportion atteint 97 pour cent.

8.2 ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

8.2.1 Méthodologie

Un des objectifs de l'EDSN était d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes enfants.[6] Cet état résulte à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir; par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies : en effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections, et par là influe sur ses risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indicateurs anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille[7] et du poids de l'enfant prises au cours de l'enquête. Le poids et la taille permettent de calculer les trois indicateurs suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

---

[6] Une première enquête donnant des estimations de l'état nutritionnel des enfants a été organisée au Niger en 1985 par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales avec l'appui technique de l'Université de Tulane (Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, 1985). Compte tenu des différences méthodologiques entre cette enquête et l'EDSN, leurs résultats ne sont pas comparés dans ce rapport. Par contre, dans le cadre de l'analyse approfondie des données de l'EDSN sur la nutrition (Oumarou et al., 1993) des rapprochements sont faits entre ces deux opérations.

[7] Les enfants de moins de 24 mois ont été mesurés en position couchée, alors que ceux de 24 mois et plus ont été mesurés en position debout. Cependant, pour faciliter la compréhension du texte, le même terme "taille" sera utilisé ici pour tous les enfants quelle que soit la façon dont ils ont été mesurés.

Au cours de l'enquête, tous les enfants de moins de cinq ans des femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes de 15-49 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage sélectionné, devaient être pesés et mesurés : les données devraient donc porter sur les 5 717 enfants répondant à ces critères. Cependant, les résultats présentés ci-dessous ne concernent que 3 848 enfants, soit 67 pour cent des enfants éligibles. Sont exclus des résultats : 13 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille ne sont pas connus (l'enfant n'a pas été mesuré parce qu'il était malade ou absent au moment de l'enquête, ou encore parce qu'il a refusé), 7 pour cent d'enfants pour lesquels le poids et/ou la taille sont manifestement improbables (du fait d'erreurs de report, ou encore d'erreurs de mesure, particulièrement délicates chez les enfants les plus jeunes), et enfin 12 pour cent d'enfants pour lesquels l'âge en mois est inconnu ou incomplet, les indicateurs taille-pour-âge et poids-pour-âge n'ayant de sens que calculés à partir d'informations très précises sur l'âge.

Selon les recommandations de l'OMS, l'état nutritionnel des enfants de l'enquête est comparé à celui d'une population de référence internationale, connu sous le nom de standard NCHS/CDC/OMS.[8] Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Les données de la population de référence internationale ont été normalisées pour suivre une distribution normale où la médiane et la moyenne sont identiques.

L'indicateur taille-pour-âge est un indicateur de retard de croissance : une taille trop petite pour un âge donné est la manifestation d'un retard de croissance. Un enfant qui a reçu une alimentation inadéquate et/ou qui a été malade pendant une période relativement longue ou encore de façon répétée, peut accuser un retard de croissance staturale : il a alors une taille inférieure à la moyenne de son âge. Cependant, son poids a pu rester en correspondance avec sa taille réelle, donnant ainsi un indicateur poids-pour-taille normal : c'est pourquoi cette forme de sous-nutrition n'est pas toujours "visible" dans une population : un enfant de trois ans présentant cette forme de sous-nutrition peut ressembler à un enfant de deux ans bien nourri. La taille-pour-âge est donc une mesure des effets "à long terme" de la sous-nutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison durant laquelle se déroule la collecte des données. Les enfants pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de deux écarts type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-2 écarts type) sont considérés comme petits pour leur âge et atteints de *sous-nutrition chronique*, ceux pour lesquels la taille-pour-âge se situe à moins de trois écarts type en-dessous de la médiane taille-pour-âge de la population de référence (-3 écarts type) sont considérés comme atteints de *sous-nutrition chronique sévère*.

L'indicateur poids-pour-taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Cette forme de sous-nutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation, ou peut être le résultat de maladies aiguës provoquant une perte de poids (diarrhée sévère, anorexie associée à une maladie, par exemple) : un enfant souffrant de cette forme de sous-nutrition est maigre ou émacié. L'indicateur poids-pour-taille reflète donc une situation actuelle qui n'est pas nécessairement une situation de longue durée. En particulier, la sous-nutrition aiguë peut être fortement influencée par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données, étant donné que la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant (épidémie, sécheresse, période de soudure, etc.) sont très sensibles à la saison. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe à moins deux écarts type en-dessous de la médiane poids-pour-taille de la population de référence sont considérés comme souffrant de *sous-nutrition aiguë*, ceux se situant à moins trois écarts type souffrent de *sous-nutrition aiguë sévère*.

---

[8] NCHS : National Center for Health Statistics (Centre national des statistiques sanitaires, Etats-Unis); CDC : Centers for Disease Control (Centres de contrôle des maladies, Etats-Unis); OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Le poids-pour-âge est un indicateur qui reflète, à la fois et sans les différencier, les deux précédentes formes de sous-nutrition, chronique et aiguë. C'est la mesure la plus souvent utilisée par les services de santé pour le suivi de la croissance pondérale, mais sa valeur en tant qu'indicateur est limitée quand il n'en existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Comme le poids-pour-taille, le poids-pour-âge est sensible aux variations saisonnières. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts type en-dessous de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme souffrant *d'insuffisance pondérale*, ceux se situant à moins trois écarts type souffrent *d'insuffisance pondérale sévère*.

Dans une population en bonne santé et bien nourrie, on s'attend à ce que seulement 2,2 pour cent des enfants se situent à moins deux écarts type, dont 0,1 pour cent à moins trois écarts type, en-dessous de la médiane pour chacun des trois indicateurs de nutrition.

8.2.2 Résultats

Le Tableau 8.4 présente les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans souffrant de sous-nutrition selon les trois indicateurs présentés ci-dessus et selon certaines caractéristiques socio-démographiques.

Retard de croissance

Au Niger, près d'un enfant sur trois (32 pour cent) souffre de sous-nutrition chronique, dont près de la moitié (15 pour cent) présente une sous-nutrition chronique sévère : ces niveaux de sous-nutrition sont, respectivement, quinze fois et cent cinquante fois plus élevés que ceux que l'on s'attend à trouver dans une population bien nourrie et en bonne santé.

La prévalence de la sous-nutrition chronique présente de très fortes variations selon l'âge de l'enfant (Tableau 8.4 et Graphique 8.2) : les enfants de moins de six mois sont assez peu touchés (2 pour cent); entre six mois et un an, près de 10 pour cent des enfants souffrent de cette forme de sous-nutrition; mais la proportion d'enfants atteints devient ensuite extrêmement élevée puisque, à 12-23 mois, près de 33 pour cent des enfants sont atteints et près d'un enfant sur deux (46 pour cent) à 24-47 mois. Cette proportion diminue ensuite légèrement chez les enfants âgés de 4 ans (38 pour cent). En fait, c'est avant deux ans que les dommages se créent et à partir de cet âge, les retards de croissance staturale acquis ne sont plus rattrapables.

On n'observe que très peu de différences entre les sexes (33 pour cent pour le sexe masculin contre 32 pour cent pour le sexe féminin). Du point de vue du rang de naissance de l'enfant, la prévalence de la sous-nutrition chronique varie de façon assez nette entre les enfants de rang un (28 pour cent) et ceux de rangs plus élevés (31 pour cent et plus); cet écart est encore plus net en ce qui concerne la forme sévère de sous-nutrition chronique qui passe de 10 pour cent chez les enfants de rang un à 15 pour cent chez ceux de rangs deux à cinq, pour atteindre 18 pour cent chez les enfants de rangs six ou plus. Dans la mesure où un enfant de moins de cinq ans et de rang six ou plus vit dans une grande famille, on peut supposer que sa mère a alors moins le temps de s'en occuper correctement, d'en prendre soin dans le cas de maladie et de satisfaire comme il convient à ses besoins alimentaires. En outre, dans le cas d'une grande famille où la nourriture disponible est en quantité limitée, la part accordée à chacun s'en trouve encore plus réduite.

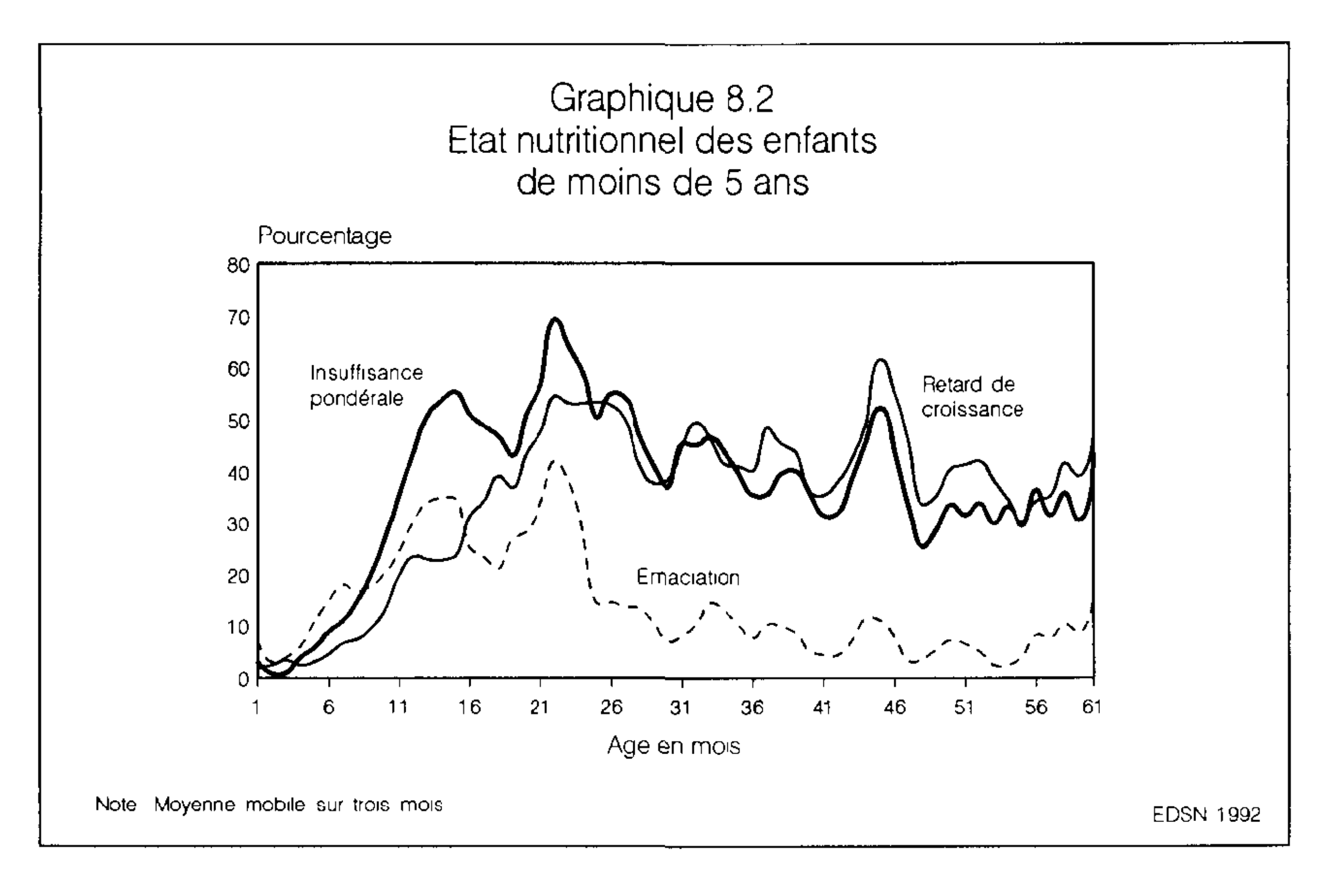
L'intervalle entre naissances semble influencer de façon importante les niveaux de sous-nutrition chronique : les enfants qui suivent leur aîné de moins de deux ans sont nettement plus touchés (39 pour cent) que lorsque l'intervalle est plus long (32 pour cent et moins) et cet écart est légèrement plus important, en valeur relative, pour la forme sévère de sous-nutrition (19 pour cent contre 15 pour cent et moins pour les intervalles plus longs).

Tableau 8.4 Etat nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de sous-nutrition par caractéristiques socio-démographiques selon les trois indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel: taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge, EDS Niger 1992

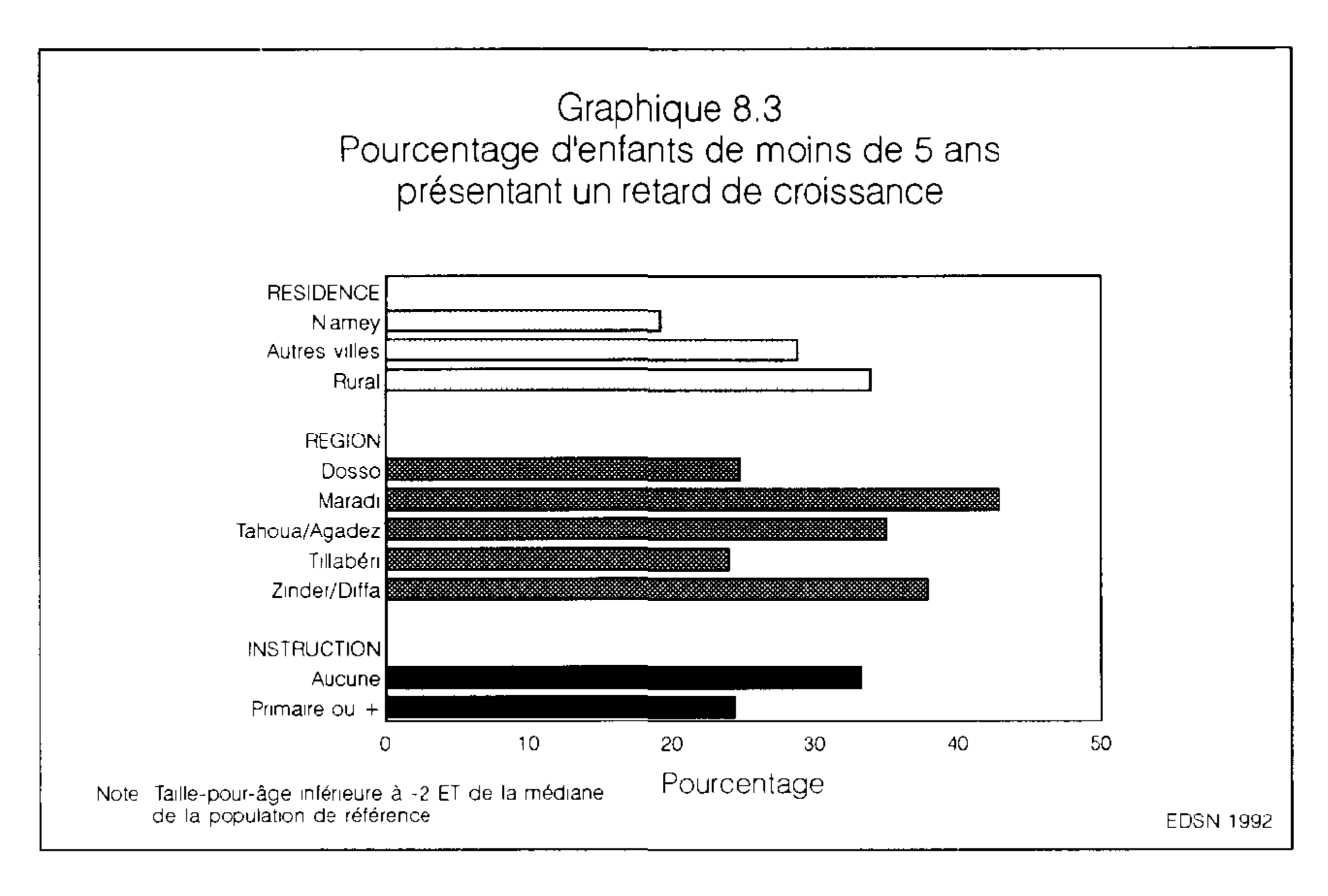
Caractéristique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		Effectif
	Inférieur à -3ET	Inférieur à -2 ET[1]	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET[1]	Inférieur à -3 ET	Inférieur à -2 ET[1]	
Age de l'enfant							
<6 mois	0,3	2,3	1,1	6,1	0,7	3,5	427
6-11 mois	2,3	9,7	3,0	19,2	4,7	18,6	546
12-23 mois	13,3	33,3	7,0	33,0	19,5	53,0	834
24-35 mois	23,8	47,1	2,0	13,5	20,5	48,9	784
36-47 mois	24,6	46,3	0,8	8,3	11,3	38,8	664
48-59 mois	17,5	37,9	1,3	6,8	6,1	32,5	592
Sexe de l'enfant							
Masculin	14,8	32,9	3,1	16,5	11,7	36,4	2051
Féminin	15,3	31,5	2,4	15,0	12,4	36,0	1796
Rang de naissance							
1	10,1	27,8	2,1	14,5	8,2	33,1	539
2-3	14,5	34,2	2,9	16,2	11,8	37,4	1095
4-5	14,5	30,6	1,5	14,0	11,2	32,9	946
6 ou plus	18,0	33,8	4,0	17,3	14,5	38,9	1267
Intervalle entre naissances							
Première naissance	10,1	27,8	2,1	14,5	8,2	33,1	539
<24 mois	19,1	38,5	3,3	16,9	14,9	41,3	757
24-47 mois	15,4	31,8	2,6	15,6	12,0	35,9	2159
48 mois ou plus	11,9	29,3	4,1	16,7	11,8	32,1	392
Milieu de résidence							
Niamey	4,8	19,2	1,4	11,8	4,6	23,7	257
Autres villes	9,9	28,8	2,1	12,1	5,9	31,8	487
Ensemble urbain	8,1	25,5	1,9	12,0	5,5	29,0	745
Rural	16,7	33,9	3,0	16,7	13,6	37,9	3103
Région							
Niamey	4,8	19,2	1,4	11,8	4,6	23,7	257
Dosso	10,0	24,8	1,2	12,7	8,1	30,5	615
Maradi	21,1	42,9	3,9	17,7	19,6	48,9	664
Tahoua/Agadez	16,2	35,0	2,8	13,7	9,9	36,6	878
Tillabéri	9,9	24,0	2,7	19,1	10,5	31,8	685
Zinder/Diffa	20,7	37,9	3,8	17,4	15,0	37,3	748
Niveau d'instruction de la mère							
Aucun	15,8	33,2	2,9	16,3	12,6	36,8	3428
Primaire ou plus	8,9	24,4	2,0	11,3	7,3	30,8	420
Ensemble des enfants	15,0	32,3	2,8	15,8	12,0	36,2	3848

Note: Chaque indicateur est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale du NCHS/CDC/OMS. Les enfants sont atteints de sous-nutrition s'ils se trouvent à moins de -2 ET (-2 ET et -3 ET) de la médiane de la population de référence.
[1]Les enfants qui se situent en-dessous de -3 ET sont inclus dans cette catégorie.



Concernant les caractéristiques socio-démographiques de la mère (Tableau 8.4 et Graphique 8.3), des écarts très importants apparaissent dans les niveaux de sous-nutrition chronique. La sous-nutrition chronique est près de deux fois plus fréquente en milieu rural qu'à Niamey (34 pour cent contre 19 pour cent) et plus de trois fois plus fréquente sous sa forme sévère (17 pour cent contre 5 pour cent); dans les "autres villes", la sous-nutrition chronique se situe à un niveau intermédiaire entre la capitale et le milieu rural. De plus, il faut souligner qu'en milieu rural autant d'enfants présentent une sous-nutrition chronique modérée qu'une sous-nutrition chronique sévère, ce qui dénote une situation particulièrement critique. Au point de vue régional, on observe également des écarts extrêmement importants dans les niveaux de sous-nutrition chronique, ainsi que sous sa forme sévère. Globalement, les proportions d'enfants présentant un retard de croissance varient de 24 et 25 pour cent, respectivement, à Tillabéri et à Dosso, à 38 pour cent à Zinder/Diffa, pour atteindre 43 pour cent à Maradi. En outre, à Maradi, autant d'enfants présentent une sous-nutrition chronique modérée qu'une sous-nutrition chronique sévère et, à Zinder/Diffa, la forme sévère de sous-nutrition est encore plus importante que la forme modérée, ce qui dénote, comme dans l'ensemble du milieu rural, des situations particulièrement critiques.

Le niveau d'instruction de la mère semble être, également, un facteur déterminant de l'état nutritionnel des enfants : 33 pour cent des enfants issus de femmes sans instruction sont atteints de sous-nutrition chronique, contre 24 pour cent des enfants de femmes ayant fréquenté l'école, ce qui reste, néanmoins, un niveau très élevé. Les variations sont encore plus importantes, en valeur relative, en ce qui concerne la sous-nutrition chronique sévère qui passe de 9 pour cent chez les enfants des femmes ayant fréquenté l'école à 16 pour cent chez les enfants de femmes sans instruction. Avec l'acquisition d'une certaine instruction, les femmes acquièrent certainement une meilleure connaissance de la composition équilibrée des aliments et des règles d'hygiène; mais aussi et surtout, les femmes non instruites sont souvent celles qui vivent dans les conditions économiques les plus précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible parfois limitée et par des conditions de logement souvent insalubres. C'est cette conjonction de



facteurs, et non le seul niveau d'instruction, qui explique la forte prévalence de la sous-nutrition chronique parmi les enfants des femmes sans instruction.

Emaciation

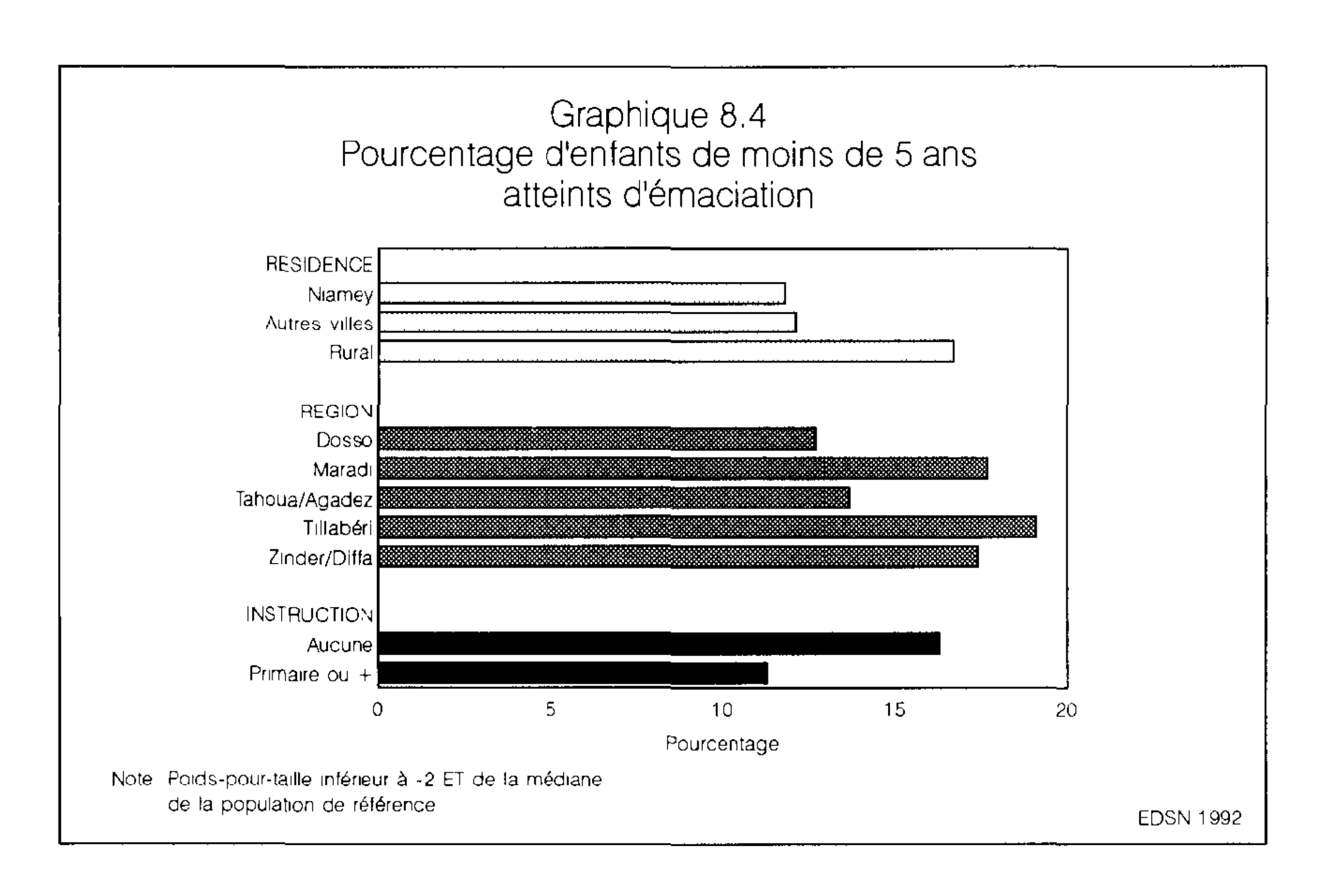
Le Tableau 8.4 fournit également les proportions d'enfants souffrant de sous-nutrition aiguë exprimée au moyen de l'indicateur poids-pour-taille. Les enfants souffrant de sous-nutrition aiguë ou émaciés, sont aussi fortement représentés (16 pour cent) et, parmi ces enfants, un peu moins d'un sur cinq est affectée par la forme sévère de ce type de sous-nutrition (2,8 pour cent à -3 écarts type) : ces proportions sont, respectivement, sept fois et vingt-huit fois plus élevées que dans la population de référence.

Au point de vue de l'âge (Graphique 8.2), on observe une augmentation très importante des proportions d'enfants émaciés qui passent de 6 pour cent à moins de 6 mois, à 19 pour cent chez les enfants de 6-11 mois, pour atteindre 33 pour cent des enfants de 12-23 mois; après cet âge, les proportions diminuent considérablement pour atteindre 7 pour cent à 48-59 mois. Les cas sévères d'émaciation suivent les mêmes tendances par âge, les proportions passant de 1 pour cent à moins de 6 mois à 7 pour cent à 12-23 mois, puis diminuant à 1 pour cent à 48-59 mois. Ce sont donc les enfants de 12-23 mois qui sont les plus atteints par la sous-nutrition aiguë. Ce groupe d'âges, et en particulier le groupe 18-24 mois, correspond à la période du sevrage et également au stade du développement des enfants où ils commencent à explorer leur environnement immédiat et portent n'importe quel objet à leur bouche : ils sont ainsi particulièrement exposés aux agents pathogènes comme en dénote la très forte prévalence de la diarrhée dans ce groupe d'âges (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Le fait qu'après le 2ème anniversaire, les proportions d'enfants émaciés et, en particulier ceux présentant une émaciation sévère, diminuent considérablement, n'est pas nécessairement le signe d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants à partir de cet âge. Elle est très certainement la conséquence d'une forte mortalité touchant les enfants les plus atteints (voir Chapitre 9 -

Mortalité des enfants de moins de 5 ans), seuls les enfants les moins touchés survivant après leur 2ème anniversaire.

Selon les autres caractéristiques démographiques, on observe les mêmes types d'écarts pour cette forme de sous-nutrition que ceux observés pour la sous-nutrition chronique : peu de différences entre les sexes (17 pour cent pour le sexe masculin contre 15 pour cent pour le sexe féminin) et les enfants de rang supérieur à un, en particulier ceux de rang élevé, semblent légèrement plus atteints que ceux de rang un (17 pour cent chez les enfants de rang six ou plus contre 15 pour cent chez les enfants de rang un). Par contre, pour l'intervalle entre naissances, on observe une prévalence de la sous-nutrition aiguë sensiblement identique chez les enfants suivant la naissance précédente de moins de 24 mois et chez ceux suivant leur aîné de 48 mois et plus (17 pour cent).

Concernant le milieu de résidence des mères (Graphique 8.4), comme pour la sous-nutrition chronique, la prévalence de la sous-nutrition aiguë est beaucoup plus élevée en milieu rural (17 pour cent) qu'en milieu urbain (12 pour cent), mais ici aucune différence notable ne s'observe entre Niamey et les "autre villes." Au niveau régional, les départements de Maradi et de Zinder/Diffa où la sous-nutrition chronique est la plus importante ont des niveaux élevés de sous-nutrition aiguë (respectivement 18 et 17 pour cent), mais c'est à Tillabéri que la proportion d'enfants émaciés est la plus importante (19 pour cent) alors que c'est dans ce département que l'on observe le niveau le plus faible de sous-nutrition chronique. Enfin, les enfants dont la mère est sans instruction souffrent beaucoup plus fréquemment de sous-nutrition aiguë (16 pour cent) que ceux dont la mère a fréquenté l'école (11 pour cent).



Insuffisance pondérale

L'indicateur poids-pour-âge qui figure au Tableau 8.4 nous renseigne sur l'état nutritionnel sans qu'il soit possible de faire la distinction entre les déficiences alimentaires qui durent depuis longtemps (retard de croissance) de celles qui sont récentes (émaciation). Il apparaît ici que 36 pour cent des enfants nigériens de moins de cinq ans souffrent d'insuffisance pondérale, dont un sur trois (12 pour cent) sous une forme sévère. Ces niveaux, voisins de ceux du retard de croissance, sont très largement supérieurs à ceux que l'on s'attend à trouver dans une population bien nourrie et en bonne santé. Comme l'état nutritionnel mesuré au moyen de cet indicateur rend compte à la fois, des formes chronique et aiguë de sous-nutrition, les variations du poids-pour-âge selon les différentes caractéristiques socio-démographiques suivent les mêmes tendances que celles observées pour le poids-pour-taille et surtout que celles observées pour la taille-pour-âge car, comme ce dernier indicateur, le poids-pour-âge est surtout dépendant de l'âge. Rappelons seulement que cet indicateur étant particulièrement sensible aux variations saisonnières, une seule estimation de sa valeur à un moment donné peut poser des problèmes d'interprétation, surtout si on le compare à d'autres estimations obtenues à différentes époques.

8.2.3 Avitaminose A

Au cours de l'EDSN, pour chaque enfant de moins de 5 ans, on a demandé à sa mère s'il souffrait de cécité crépusculaire, c'est-à-dire s'il avait des difficultés pour y voir au crépuscule ou dans une pièce mal éclairée. Cette affection qui est un signe de carence en vitamine A (ou avitaminose A), résultant d'une alimentation pauvre et peu variée et d'une prise insuffisante d'aliments contenant cette vitamine, est connue depuis longtemps au Niger puisqu'il existe des termes pour la désigner dans les langues nationales : *dundumi* en haoussa et *dandumi* en djerma. C'est en utilisant ces termes que les questions sur la cécité crépusculaire ont été posées lors de l'EDSN.

Les proportions d'enfants atteints d'avitaminose A sont présentées au Tableau 8.5 selon l'âge et le sexe des enfants. Bien que les questions aient été posées pour tous les enfants, il est difficile pour une mère de savoir si son enfant est atteint de cécité crépusculaire s'il ne se déplace pas encore. Pour cette raison, les résultats présentés pour les enfants de moins de deux ans peuvent ne pas refléter la réalité et sont à utiliser

Tableau 8.5 Cécité crépusculaire

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans selon qu'ils sont atteints ou non de cécité crépusculaire (avitaminose A) par âge et sexe, EDS Niger 1992

Enfant atteint de cécité crépusculaire	Groupe d'âges (en mois)					Sexe		Ensemble des enfants
	0-11	12-23	24-35	36-47	48-59	Masculin	Féminin	
Oui	0,1	0,9	1,9	2,5	3,1	1,8	1,3	1,6
Non	91,6	96,2	95,1	92,7	91,4	93,7	92,9	93,3
Enfant aveugle	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1
NSP	7,7	2,1	0,7	1,0	2,0	2,8	3,2	3,0
Non déterminé	0,3	0,8	2,2	3,6	3,5	1,5	2,4	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'enfants	1438	1087	1119	1081	993	3026	2691	5717

avec beaucoup de prudence. Si on se limite aux enfants de 24 à 59 mois, la prévalence de la cécité crépusculaire est de 2,5 pour cent. Ce niveau qui confirme les résultats d'une enquête régionale,[9] est près de trois fois plus élevé que le niveau (1 pour cent) au-dessus duquel, selon l'OMS, cette affection devient un problème de santé publique.

Au Tableau 8.5, apparaît très nettement une augmentation selon l'âge des proportions d'enfants atteints d'avitaminose A : de 1,9 pour cent à 24-35 mois, à 2,5 pour cent à 36-47 mois et à 3,1 pour cent à 48-59 mois. Ce résultat n'est guère surprenant du fait qu'aux âges les plus jeunes (surtout avant deux ans) l'allaitement protège les enfants contre le manque de vitamine A, et du fait de l'effet cumulatif de carences prolongées. En outre, la mère se rend plus facilement compte de la cécité nocturne de son enfant quand celui-ci avance en âge. On peut noter enfin que, comme cela a été observé dans d'autres études,[10] les enfants de sexe masculin sont très légèrement plus atteints que ceux de sexe féminin (1,8 pour cent contre 1,3 pour cent, pour les enfants de moins de 5 ans).

8.3 ETAT NUTRITIONNEL DES MERES

L'état nutritionnel des mères est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influence aussi la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel d'une femme est conditionné, à la fois, par sa balance énergétique, son état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de mortalité et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des mères est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à hauts risques.

Dans le cadre de l'EDSN, pour déterminer l'état nutritionnel des mères, on a pris les mesures du poids, de la taille et de la circonférence du bras à mi-hauteur de toutes les femmes ayant eu au moins une naissance vivante durant les cinq années ayant précédé l'enquête. Les résultats ne sont donc pas totalement représentatifs de la population des femmes de 15-49 ans. Le Tableau 8.6 fournit la moyenne, l'écart type et la distribution de la taille, du poids et de la circonférence du bras ainsi que de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) calculé à partir de la taille et du poids. Les distributions concernant la taille et la circonférence du tour du bras portent sur l'ensemble des femmes; par contre, dans les distributions du poids et de l'IMC, pour éviter d'introduire un biais, les femmes enceintes ainsi que celles ayant eu une naissance le mois de l'interview ou le mois précédant sont exclues.

Tableau 8.6 Indicateurs anthropométriques de l'état nutritionnel des mères

Distribution (en %), moyenne et écart type de la taille, du poids, de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et de la circonférence du bras pour les femmes ayant eu, au moins, une naissance durant les cinq années ayant précédé l'enquête, EDS Niger 1992

Indicateur	Total
Taille (cm)	
< 140	0,1
140-144	0,4
145-149	3,5
150-159	44,2
160-169	44,3
170-179	5,6
>= 180	0,1
Non déterminé	1,8
Moyenne	**160,2**
Ecart type	6,1
Effectif de femmes	4197
Poids (kg)	
< 40	2,8
40-49	34,3
50-59	42,6
60-69	13,4
>= 70	4,8
Non déterminé	2,1
Moyenne	**53,5**
Ecart type	9,0
Effectif de femmes	3434
IMC (kg/m²)	
< 16,0	2,1
16,0-18,4	16,7
18,5-19,9	24,6
20,0-22,9	36,7
23,0-25,9	12,1
26,0-28,9	3,8
>=29,0	1,9
Non déterminé	2,1
Moyenne	**20,8**
Ecart type	3,1
Effectif de femmes	3434
Circonférence du bras (cm)	
< 21,0	0,4
21,0-21,9	0,8
22,0-22,9	2,7
23,0-23,9	7,0
24,0-24,9	13,1
25,0-25,9	16,8
26,0-26,9	16,1
27,0-27,9	14,3
28,0-28,9	10,2
29,0-29,9	6,4
>=30,0	10,2
Non déterminé	1,9
Moyenne	**26,7**
Ecart type	2,7
Effectif de femmes	4197

[9] Enquête effectuée en 1986 dans les départements de Maradi, Tahoua et Zinder (Sloan et al., 1986).

[10] Voir, par exemple, De Sole et al., 1987; Tielsch et al., 1986.

Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socio-économique de la mère dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une sous-nutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la grandeur du bassin, les femmes de petites tailles sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement. Elles sont aussi plus susceptibles de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en-deça de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres. A partir des résultats du Tableau 8.6, on constate que la taille moyenne des femmes nigériennes ayant eu une naissance dans les 5 dernières années se situe nettement au-dessus de l'intervalle mentionné : elle est de 160 centimètres (écart type de 6 centimètres) et seulement 0,5 pour cent des mères ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme taille limite critique. Au Tableau 8.7 figurent, selon diverses caractéristiques socio-démographiques, les tailles moyennes et les proportions de femmes dont la taille est inférieur à 145 centimètres. Les proportions de femmes en-deçà de la taille critique varient très peu et sont toujours inférieures à 1 pour cent, de même la taille moyenne varie assez peu autour de 160 centimètres.

Tableau 8.7 Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques

Taille moyenne et pourcentages de femmes dont la taille est inférieure à 145 centimètres, Index de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages de femmes dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m², et circonférence du bras moyenne et pourcentages de femmes dont la circonférence du bras est inférieure à 23 centimètres, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

	Taille			IMC			Circonférence du bras		
Caractéristique	Moyenne	Pourcentage <145cm	Effectif de femmes	Moyenne	Pourcentage <18,5	Effectif de femmes	Moyenne	Pourcentage <23cm	Effectif de femmes
Age de la femme									
< 20	159,4	0,6	421	19,8	21,7	342	25,5	6,5	423
20-34	160,2	0,5	2859	20,8	19,9	2285	26,7	4,0	2854
>= 35	160,5	0,4	842	21,3	16,3	734	27,6	2,5	840
Nombre d'enfants nés vivants									
1	160,2	0,3	564	20,0	23,9	467	25,7	6,0	565
2-3	160,2	0,6	1117	20,5	22,0	880	26,4	4,0	1117
4-5	160,1	0,5	969	20,8	17,1	768	26,7	4,8	967
6 ou plus	160,2	0,5	1473	21,3	16,9	1246	27,4	2,6	1468
Milieu de résidence									
Niamey	162,6	0,0	222	24,1	6,0	193	28,9	1,3	219
Autres villes	160,4	0,7	419	22,1	15,7	356	27,5	4,0	422
Ensemble urbain	161,2	0,5	641	22,8	12,3	549	28,0	3,1	641
Rural	160,0	0,5	3482	20,4	20,6	2812	26,5	4,1	3476
Région									
Niamey	162,6	0,0	222	24,1	6,0	193	28,9	1,3	219
Dosso	161,6	0,1	582	20,7	14,8	508	26,6	3,9	582
Maradi	158,6	0,9	791	20,6	18,9	622	26,3	4,6	789
Tahoua/Agadez	160,5	0,7	904	20,7	19,4	744	26,8	3,8	908
Tillabéri	161,2	0,2	744	20,9	19,0	630	27,0	4,0	743
Zinder/Diffa	158,8	0,5	879	20,0	27,0	664	26,3	4,1	876
Niveau d'instruction									
Aucun	160,0	0,4	3745	20,6	19,6	3041	26,6	4,1	3740
Primaire ou plus	161,6	1,0	378	22,3	16,2	320	27,6	2,2	377
Ensemble	160,2	0,5	4123[a]	20,8	19,3	3361[a]	26,7	3,9	4117[a]

[a]Sont exclues les femmes pour lesquelles l'information est manquante.

Le faible poids des femmes avant une grossesse est un facteur de risque important pour le déroulement et l'issue de la grossesse. Le poids moyen des femmes nigériennes (Tableau 8.6) est d'environ 54 kilos (écart type de 9 kilos), près de 37 pour cent d'entre elles ont un poids inférieur à 50 kilos et 5 pour cent dépassent les 70 kilos. Cependant, le poids étant très variable selon la taille, il est préférable de s'intéresser à un indicateur tenant compte de cette relation. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou encore Indice de Quételet est le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille:[11] il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille et, en outre, il présente l'avantage de ne pas nécessiter l'utilisation de tables de référence comme c'est le cas pour le poids-pour-taille. Pour indiquer une déficience énergétique chronique, on utilise généralement comme seuil la valeur 18,5 kg/m^2, à l'opposé, pour indiquer un surpoids, il n'existe pas de seuil unanimement admis. Au Niger, 19 pour cent des femmes se situent en-deçà du seuil critique de 18,5 kg/m^2 et présentent donc une déficience énergétique chronique. La valeur moyenne de l'IMC est de 20,8 et une faible proportion de femmes (6 pour cent) ont un indice très élevé (26 et plus) et entrent sans équivoque dans la catégorie des surpoids.

L'IMC présente de fortes variations selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes (Tableau 8.7). Comme pour l'état nutritionnel des enfants, les écarts les plus manifestes sont ceux qui concernent le milieu de résidence, en effet 6 pour cent seulement des femmes de Niamey contre 21 pour cent des femmes du milieu rural ont un IMC inférieur à 18,5 et présentent donc une déficience énergétique chronique. Même si les écarts sont nettement plus faibles, on observe une situation du même type selon le niveau d'instruction de la femme : IMC moyen plus élevé et proportion de femmes en-dessous de 18,5 kg/m^2 plus faible chez les femmes instruites par rapport à celles sans instruction. Pour les autres variables présentées au Tableau 8.7, les valeurs moyennes varient peu, par contre les proportions de femmes présentant une déficience énergétique chronique varient fortement. Ainsi, selon la région de résidence, ces proportions varient de 27 pour cent à Zinder/Diffa à 15 pour cent à Dosso. On notera également que les femmes de moins de 35 ans sont plus fréquemment en-dessous du seuil critique que leurs aînées (20 pour cent et plus contre 16 pour cent) : il en est de même pour les femmes de rang de naissance un à trois par rapport aux femmes ayant atteint des rangs supérieurs (22 pour cent et plus contre 17 pour cent).

Le dernier indicateur qui figure aux Tableaux 8.6 et 8.7 se rapporte à la circonférence du bras. Cette mesure est étroitement associée au poids, mais elle est indépendante de la taille. En outre, la circonférence du bras ne variant que très peu durant la grossesse, elle peut être facilement utilisée pour évaluer l'état nutritionnel de la femme enceinte et donc pour identifier les femmes susceptibles d'avoir des enfants de faible poids à la naissance et à hauts risques de mortalité foetale et infantile. Pour mettre en évidence ces catégories de femmes à risques, on utilise généralement comme seuil critique une valeur comprise entre 21 et 23,5 centimètres. Chez les mères nigériennes, la valeur moyenne de la circonférence du bras s'établit à 26,7 centimètres (écart type de 2,7 centimètres), et près de 4 pour cent des femmes ont une circonférence de bras qui se situe en-dessous du seuil critique de 23 centimètres. Selon les caractéristiques socio-démographiques, comme pour l'IMC, on ne constate qu'assez peu de variations des valeurs moyennes, par contre les proportions de femmes se situant en-dessous du seuil critique varient assez fortement selon le milieu de résidence (4 pour cent en milieu rural et dans les "autres villes," contre 1 pour cent à Niamey), et selon le niveau d'instruction (4 pour cent chez les femmes sans instruction, contre 2 pour cent chez celles ayant fréquenté l'école). En outre, comme pour l'IMC, on peut noter que les femmes les plus jeunes sont plus fréquemment en-dessous du seuil critique que leurs aînées; il en est de même pour les femmes de rang de naissance un à cinq par rapport aux femmes ayant atteint des rangs supérieurs.

---

[11] L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par le carré de la taille (en mètres) : il s'exprime donc en kg/m^2.

CHAPITRE 9

MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les conditions sanitaires, démographiques, socio-économiques, environnementales et culturelles sont autant de facteurs qui déterminent les niveaux de la mortalité infantile et juvénile. Pour cette raison, le taux de mortalité des enfants est parfois considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. La connaissance de la mortalité des enfants est donc indispensable, non seulement, aux spécialistes des questions de population, mais aussi aux responsables de mise en place des programmes de santé et de développement socio-économique en général. En cela, l'EDSN a remédié à un manque dans ce domaine en permettant de recueillir les informations pour estimer les niveaux de mortalité des enfants, pour en dégager les tendances au cours des deux dernières décennies, de mettre à jour certains de ses aspects différentiels et d'identifier certains des sous-groupes à hauts risques.

9.1 METHODOLOGIE

Les indices de mortalité présentés dans ce chapitre sont calculés à partir d'informations recueillies dans l'historique des naissances du questionnaire individuel. Dans cette partie du questionnaire, on demande aux femmes de retracer leur histoire génésique en donnant la liste de leurs naissances et en précisant le sexe, la date de naissance de l'enfant, son état de survie et, en cas de décès, l'âge au décès (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans, et en années pour les décès survenus à deux ans et plus). Les principaux indices suivants ont été calculés à partir de ces informations :

quotient de mortalité néonatale (NN) : probabilité de décéder avant d'atteindre un mois;
quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : probabilité de décéder entre le premier et le douzième mois exact;
quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire;
quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire;
quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

La collecte des données par le biais de l'historique des naissances présente certaines limites méthodologiques et certains risques d'erreurs d'enregistrement. En premier lieu, dans ce type d'approche rétrospective, on collecte des informations sur le passé (par exemple ici, la mortalité des enfants) auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici les femmes de 15-49 ans). Dans le cas présent, on n'a donc aucune information sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est actuellement décédée. En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne couvrent pas complètement les différents intervalles des périodes passées. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la quasi totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui en découle) sont issues de femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens : pour la période 10-14 ans avant l'enquête, par exemple, on ne dispose d'aucune information sur les naissances issues de femmes de 40-49 ans à cette époque.

Du point de vue de la collecte proprement dite, comme cela a été précisé plus haut (Chapitre 3 - Fécondité), la validité des données peut être affectée par :

- le sous-enregistrement des événements, plus particulièrement l'omission d'enfants qui meurent très jeunes, quelques heures ou jours après la naissance, qui peut induire une sous-estimation des niveaux de mortalité;

- les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants, selon qu'ils sont vivants ou décédés:[1] ces "déplacements" qui n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'un intervalle (par exemple, 0-4 ans avant l'enquête) et, par conséquent, une surestimation de la mortalité de l'intervalle précédant (par exemple, 5-9 ans avant l'enquête);

- l'imprécision des déclarations d'âge au décès : en particulier l'attraction des 12 mois comme âge au décès, en transformant une partie des décès de jeunes enfants (moins de 12 mois) en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois), peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et, par contre-coup, une surestimation de la mortalité juvénile, la mortalité globale des moins de cinq ans n'étant pas affectée.[2]

L'ensemble des limites méthodologiques, inhérentes à l'historique des naissances, et des risques d'erreurs ou d'imprécisions de collecte n'induisent généralement qu'une très faible marge d'erreur dans les mesures des événements récents (voir Sullivan et al., 1990) : dans le cadre de ce rapport, on n'a donc procédé à aucun ajustement qui nécessiterait, au préalable, une évaluation détaillée de la qualité des données de l'historique des naissances.[3] Par contre, plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus le risque d'imprécision est important : de ce fait, les conclusions concernant les changements ou plutôt l'amplitude des changements dans les niveaux de mortalité ne doivent être tirées qu'avec prudence.

9.2 NIVEAUX ET TENDANCES

Le Tableau 9.1 présente les différents quotients de mortalité, principalement les quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile, pour les quinze dernières années, selon trois périodes quinquennales. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), près d'un tiers des enfants (318 pour mille) sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire: sur 1 000 naissances, 123 enfants sont décédés avant l'âge d'un an, et parmi les enfants atteignant leur premier anniversaire, plus d'un sur cinq (223 pour mille) décèdent avant d'atteindre cinq ans. En plus du niveau extrêmement élevé de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, ces résultats mettent en évidence qu'au Niger les risques de décéder sont

---

[1] A l'Annexe E, le Tableau E.4 fournit la distribution des naissances, selon leur état de survie, par année de naissance. Comme on l'a précisé au Chapitre 3 (Fécondité), le "rapport de naissances annuelles" semble indiquer un manque de naissances en 1987, et un "surplus" en 1986 et 1988. Ces déplacements semblent légèrement plus prononcés pour les enfants décédés, nés en "sous-nombre" en 1987 (rapport = 74 < 100), et en "surnombre" en 1986 (rapport = 141 > 100), mais aussi en 1988 (rapport = 112 > 100).

[2] A l'Annexe E, les Tableaux E.5 et E.6 fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours, mois et années). On remarquera que, pour l'ensemble de la période 0-15 ans avant l'enquête, plus d'enfants seraient morts à 12 mois ou à 1 an exact (445 décès) qu'aux trois âges 10, 11 et 13 mois réunis (403 décès): l'attraction pour l'âge au décès 12 mois est nette.

[3] A titre indicatif, pour corriger l'attraction des 12 mois dans les déclarations d'âge au décès, on a procédé à un ajustement des données de l'EDSN, en supposant que, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, 50 pour cent des décès à 12 mois s'étaient produits avant un an. Cette correction, quelque peu extrême, conduirait, pour la période 0-4 ans avant l'enquête, à une mortalité infantile supérieure d'environ 8 pour cent, et à une mortalité juvénile inférieure d'environ 9 pour cent à celles présentées dans le rapport.

beaucoup plus importants entre 1 et 5 ans qu'avant le 1er anniversaire. Cette mortalité par âge qui s'éloigne du schéma classique pour lequel, entre la naissance et le 5ème anniversaire, c'est la mortalité infantile qui est la plus élevée, correspond à un modèle de mortalité spécifique à certains pays africains à forte mortalité et qui a déjà été observé, par exemple, au Sénégal en 1986 (Ndiaye et al., 1988), au Mali en 1987 (Traoré et al., 1989) et au nord du Nigéria en 1990 (Federal Office of Statistics et IRD, 1992).[4]

Compte tenu du niveau très élevé de la mortalité juvénile, il est utile d'examiner plus en détail les différents risques de décéder durant les premières années de vie. A ce propos, figurent au Tableau 9.1 et au Graphique 9.1 les différents quotients de mortalité par année d'âge entre la naissance et le 5ème anniversaire. On peut constater que, si la probabilité de mourir durant la première année d'existence ($_1q_0$) est la plus élevée (123 pour mille), celles de décéder entre le 1er et le 2ème anniversaire ($_1q_1$) et entre le 2ème et le 3ème anniversaire ($_1q_2$) sont encore très importantes (respectivement 88 et 89 pour mille) : globalement, 169 enfants sur mille décèdent entre 1 et 3 ans exact. Passé le 3ème anniversaire, les risques de décéder chutent à 43 pour mille entre 3 et 4 ans et à 22 pour mille entre 4 et 5 ans exacts. Si l'on rapproche ces résultats de ce qui a été observé du point de vue de la santé des enfants au Chapitre 7, on constate que les âges 1 et 2 ans révolus, à très forte mortalité, correspondent aux âges où la diarrhée et la fièvre sont fortement prévalentes, mais aussi aux âges où différentes autres maladies comme la rougeole, contre laquelle seulement 28 pour cent des enfants sont vaccinés, peuvent entraîner une surmortalité. Par ailleurs, ces âges sont également ceux auxquels on observe de très hauts niveaux de sous-nutrition qui peuvent, à leur tour, entraîner une surmortalité (voir Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel).

Tableau 9.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

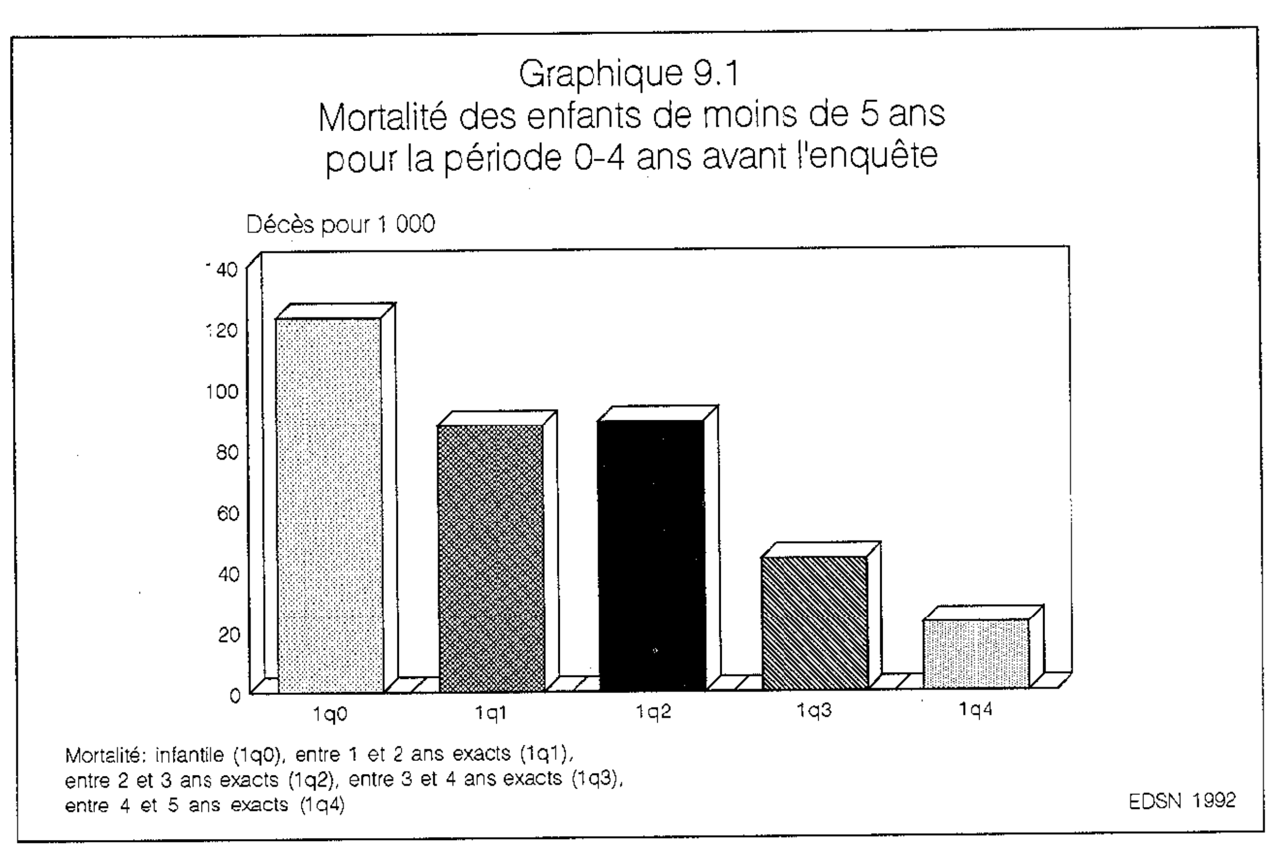
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de 5 ans précédant l'enquête, EDS Niger 1992

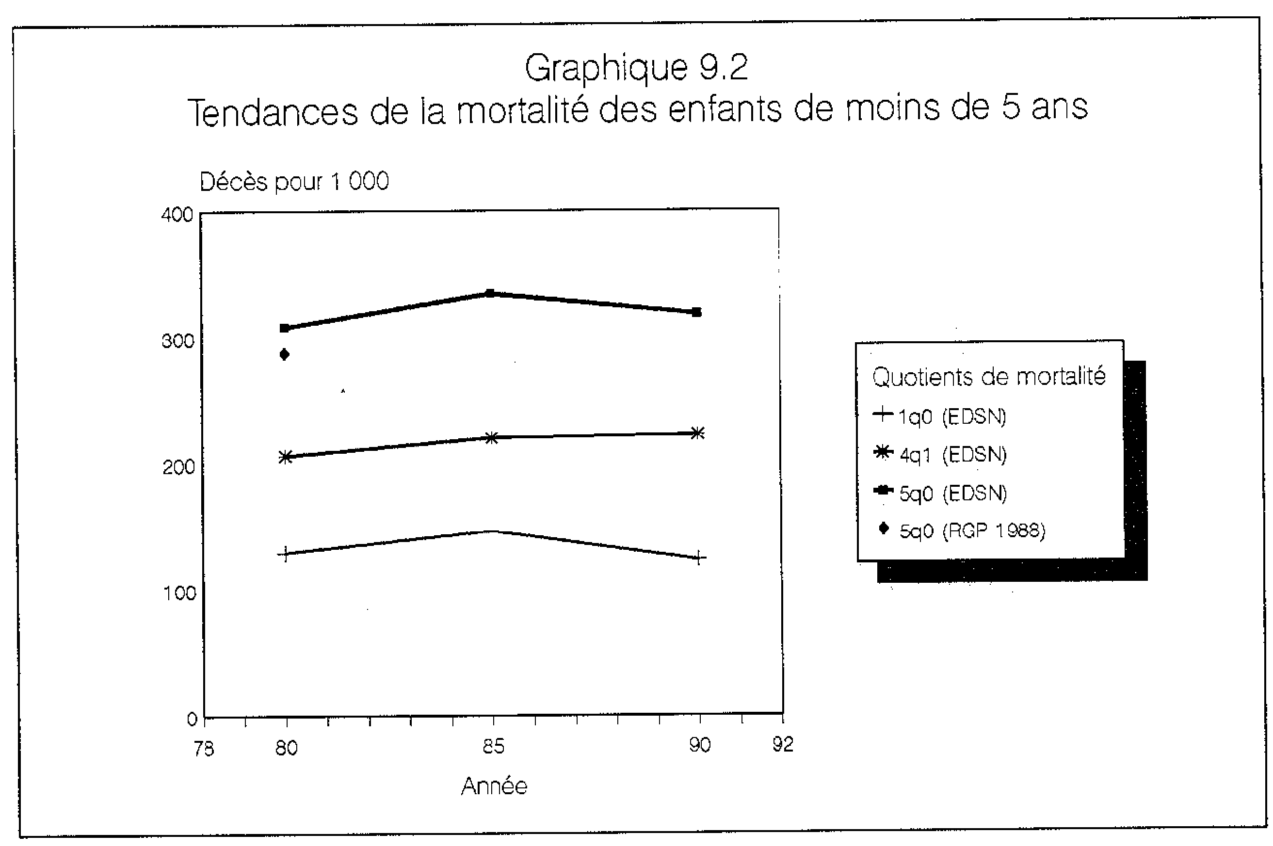
Quotients de mortalité	Nombre d'années précédant l'enquête		
	0-4	5-9	10-14
Néonatale (NN)	40,7	63,1	52,3
Post-néonatale (PNN)	82,3	83,3	76,7
Infantile (1q0)	123,1	146,3	129,0
Entre 1 et 2 ans exacts (1q1)	87,6	84,0	76,6
Entre 2 et 3 ans exacts (1q2)	88,9	85,7	81,7
Entre 3 et 4 ans exacts (1q3)	43,4	45,3	39,3
Entre 4 et 5 ans exacts (1q4)	22,4	24,8	25,3
Juvénile (4q1)	222,6	220,2	206,0
Infanto-juvénile (5q0)	318,2	334,3	308,4

Avant l'âge de 1 an, la probabilité de mourir entre le 1er et le 12ème mois exacts (82 pour mille) est deux fois plus élevée que la probabilité de mourir durant le 1er mois d'existence (41 pour mille). Ce rapport de 1 à 2 entre mortalité néonatale et mortalité post-néonatale semble excessif : l'analyse de la répartition des décès par âge ne faisant apparaître aucun transfert important d'âges au décès entre le 1er mois et les mois suivants (voir Tableaux E.5 et E.6 en Annexe E), il se pourrait que, pour la période la plus récente, le niveau de la mortalité néonatale soit légèrement sous-estimé. Néanmoins, quelle que soit la période, les niveaux de mortalité post-néonatale sont toujours supérieurs à ceux de la mortalité néonatale, de même que ceux de la mortalité juvénile sont toujours supérieurs à ceux la mortalité infantile.

Sur la période des quinze dernières années, aucune tendance nette ne peut être dégagée des variations de niveau de la mortalité (Tableau 9.1 et Graphique 9.2). Cependant, la mortalité des enfants de moins de 5 ans serait passée de 308 pour mille 10-14 ans avant l'enquête (autour de l'année 1980), à 334 pour mille pour la période suivante (centrée sur l'année 1985) et à 318 pour mille durant la période la plus récente (centrée

[4] Voir également à ce propos: Nations Unies, 1982.


Graphique 9.1
Mortalité des enfants de moins de 5 ans
pour la période 0-4 ans avant l'enquête
Décès pour 1 000
140
120
100
80
60
40
20
0
1q0
1q1
1q2
1q3
1q4
Mortalité: infantile (1q0), entre 1 et 2 ans exacts (1q1),
entre 2 et 3 ans exacts (1q2), entre 3 et 4 ans exacts (1q3),
entre 4 et 5 ans exacts (1q4)
EDSN 1992


Graphique 9.2
Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans
Décès pour 1 000
400
300
200
100
0
78
80
85
90
92
Année
Quotients de mortalité
1q0 (EDSN)
4q1 (EDSN)
5q0 (EDSN)
5q0 (RGP 1988)

sur l'année 1990). Comme cela a été précisé plus haut (voir Section 9.1 - Méthodologie), l'amplitude de ces changements doit être interprétée avec prudence. Il semblerait néanmoins que, par rapport à la période 10-14 ans avant l'enquête, la mortalité ait connu une certaine augmentation durant la période quinquennale centrée autour de 1985, avant de diminuer légèrement dans la période la plus récente. La grande sécheresse de 1985 et la famine qui la suivit, ainsi que la grande épidémie de rougeole de 1985 pourraient, peut-être, expliquer cette légère augmentation de la mortalité entre la période 10-14 ans et la période 5-9 ans avant l'enquête. Par contre, durant la période la plus récente, les niveaux de mortalité auraient légèrement diminué, cette diminution portant seulement sur la mortalité infantile par le biais d'un changement de niveau de la mortalité néonatale.

Au Graphique 9.2, figure également le niveau de mortalité infanto-juvénile estimé à partir du RGP de 1988. Rappelons que, contrairement à l'EDSN qui est une enquête ayant, avant tout, pour but de recueillir des données sur la fécondité et la mortalité des enfants, une opération de type recensement n'est pas conçue pour collecter des données de ce type; en outre, par son caractère exhaustif, un recensement permet difficilement de s'assurer de la précision des informations obtenues dans ce domaine. A partir des données du RGP de 1988, les niveaux de mortalité ont été estimés pour une période centrée sur l'année 1980, en utilisant des méthodes indirectes d'estimation et en se référant à des tables types de mortalité.[5]

Pour l'année 1980, le RGP estime la mortalité avant 5 ans à 287 pour mille, alors que pour la même période (10-14 ans avant l'enquête) l'EDSN estime cette mortalité à 308 pour mille : le recensement aurait donc légèrement sous-estimé la probabilité de mourir entre 0 et 5 ans de 7 pour cent environ. Par contre, si l'on examine les composantes de la mortalité infanto-juvénile, on constate des écarts importants entre les niveaux proposés par les deux opérations : la mortalité infantile est estimée à 170 pour mille à partir du recensement pour l'année 1980, alors que l'EDSN trouve un niveau de 129 pour mille pour la même période; en ce qui concerne la mortalité juvénile, elle serait de 141 pour mille d'après les estimations basées sur le RGP, contre 206 pour mille pour l'EDSN.

Ainsi, contrairement aux résultats de l'EDSN, d'après le RGP, la mortalité infantile serait beaucoup plus élevée que la mortalité juvénile : ce dernier résultat n'est guère surprenant dans la mesure où les estimations du RGP se réfèrent à des tables types de mortalité; or les tables types existantes qui n'intègrent pas les spécificités de la mortalité des enfants de certains pays africains, sont basées sur des modèles classiques de mortalité pour lesquels, comme on l'a noté précédemment, la mortalité infantile est toujours plus élevée que la mortalité juvénile. En conclusion, l'EDSN fournit des niveaux de mortalité infantile et juvénile qui reflètent beaucoup mieux que le RGP la spécificité de la mortalité des enfants nigériens.

9.3 MORTALITE DIFFERENTIELLE ET GROUPES A HAUTS RISQUES

Le Tableau 9.2 présente les différents quotients de mortalité selon certaines caractéristiques socio-démographiques de la mère, pour la période de dix ans précédant l'enquête (1983-1992). La référence à une période de dix années est utilisée ici pour pouvoir disposer, dans chaque sous-groupe de population, d'un nombre de cas suffisamment important pour permettre le calcul des différentes probabilités. Le Graphique 9.3 visualise les niveaux de mortalité infanto-juvénile selon les différentes caractéristiques socio-démographiques de la mère.

---

[5] Pour une description détaillée des informations collectées et des méthodes d'estimation utilisées, voir, Bureau Central du Recensement, 1992f.

Tableau 9.2 Mortalité des enfants par caractéristiques de la mère

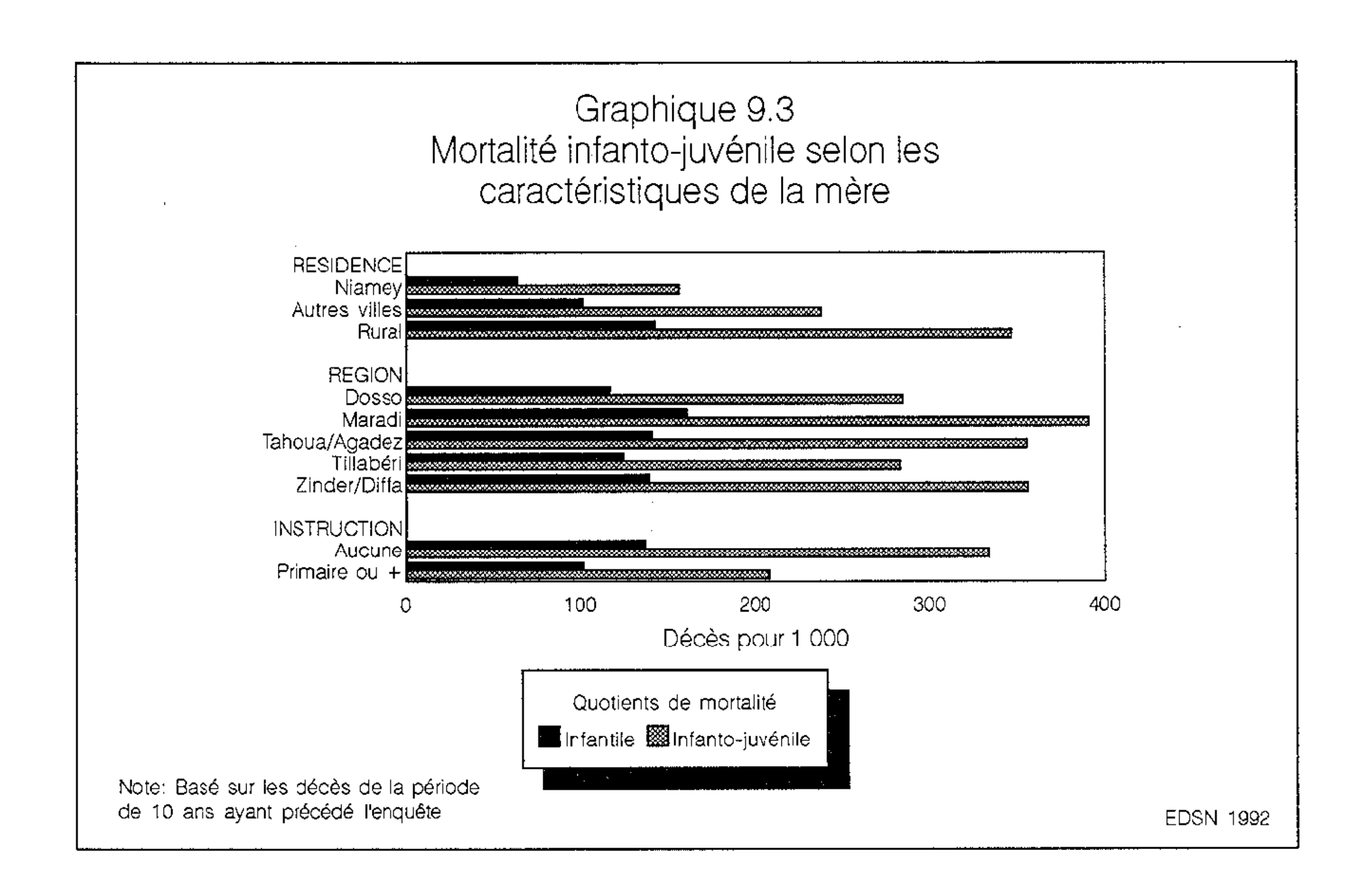
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile *pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques socio-démographiques* de la mère, EDS Niger 1992

Caractéristique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Niamey	24,3	39,6	63,8	99,1	156,6
Autres villes	41,5	60,1	101,7	151,3	237,6
Ensemble urbain	35,7	53,2	89,0	133,2	210,3
Rural	54,5	88,1	142,6	238,1	346,8
Région					
Niamey	24,3	39,6	63,8	99,1	156,6
Dosso	56,4	60,4	116,8	190,0	284,6
Maradi	55,4	105,3	160,8	274,2	390,9
Tahoua/Agadez	44,6	96,4	141,0	226,5	335,5
Tillabéri	54,7	69,9	124,6	181,0	283,1
Zinder/Diffa	56,4	82,9	139,3	252,0	356,1
Niveau d'instruction de la mère					
Aucun	52,5	84,5	137,0	228,3	334,0
Primaire ou plus	40,8	61,1	101,9	118,1	207,9
Soins prénatals et assistance à l'accouchement[1]					
Ni l'un ni l'autre	42,8	94,4	137,2	(248,0)	(351,2)
L'un ou l'autre	45,2	55,1	100,3	*	*
Les deux	22,6	42,6	65,2	*	*
Ensemble	51,7	82,8	134,5	221,4	326,1

Note: Les quotients calculés sur moins de 250 cas (personnes exposées) sont remplacés par des astérisques. Ceux calculés sur 250-499 cas figurent entre parenthèses.
[1]Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts extrêmement importants selon le milieu de résidence. La mortalité infanto-juvénile en milieu rural (347 pour mille) est plus de deux fois plus élevée que celle observée à Niamey (157 pour mille); dans les "autres villes," le risque de décéder avant 5 ans (238 pour mille) est de 50 pour cent plus important qu'à Niamey. Que ce soit entre 0 et 1 an ou entre 1 et 5 ans, ces différences de niveau de mortalité sont du même ordre de grandeur.

Du point de vue régional, les départements de Tillabéri et de Dosso ont les quotients de mortalité infanto-juvénile les plus faibles (respectivement 283 et 285 pour mille), et les quotients les plus élevés correspondent aux départements de Zinder/Diffa (356 pour mille) et de Maradi (391 pour mille) où l'état de santé et l'état nutritionnel des enfants sont les plus critiques (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant, et Chapitre 8 - Allaitement et état nutritionnel).



Les enfants de mères sans instruction ont une probabilité de mourir entre 0 et 5 ans nettement supérieure à celle des enfants de mères ayant fréquenté l'école (334 pour mille contre 208 pour mille). Cette différence de mortalité en fonction du niveau d'instruction de la mère est encore plus nette pour les enfants survivants à 1 an, puisque leur probabilité de mourir entre 1 et 5 ans est près de deux fois plus élevée quand leur mère n'a aucun niveau d'instruction (228 pour mille contre 118 pour mille). Les meilleures conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important aux services de santé par les femmes instruites (leurs enfants ont une couverture vaccinale près de trois fois plus élevée que les enfants de femmes sans instruction, voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant) expliquent l'essentiel de ces différences de mortalité.

La dernière caractéristique présentée au Tableau 9.2 concerne les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement. Lorsque la mère n'a fait aucune visite prénatale pendant sa grossesse et n'a pas été assistée par du personnel médical lors de l'accouchement, son enfant court un risque de décéder de 137 pour mille avant l'âge de 1 an, contre 65 pour mille pour un enfant dont la mère a été en consultation prénatale et a été assistée lors de l'accouchement. Ainsi le suivi de la grossesse et les conditions de l'accouchement semblent jouer un rôle essentiel sur les niveaux de mortalité infantile. Cependant, les femmes qui ont le meilleur suivi de grossesse et qui accouchent dans les meilleures conditions sont aussi les femmes les plus instruites et celles du milieu urbain (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant). Ainsi l'environnement socio-économique des mères apparaît à nouveau comme un facteur déterminant de la mortalité des enfants.

Le Tableau 9.3 et le Graphique 9.4 présentent les quotients de mortalité pour la période de dix ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques biologiques des mères et des enfants. Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe féminin est légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe masculin (334 contre 319 pour mille). Durant la première année les niveaux de mortalité sont

Tableau 9.3 Mortalité des enfants par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

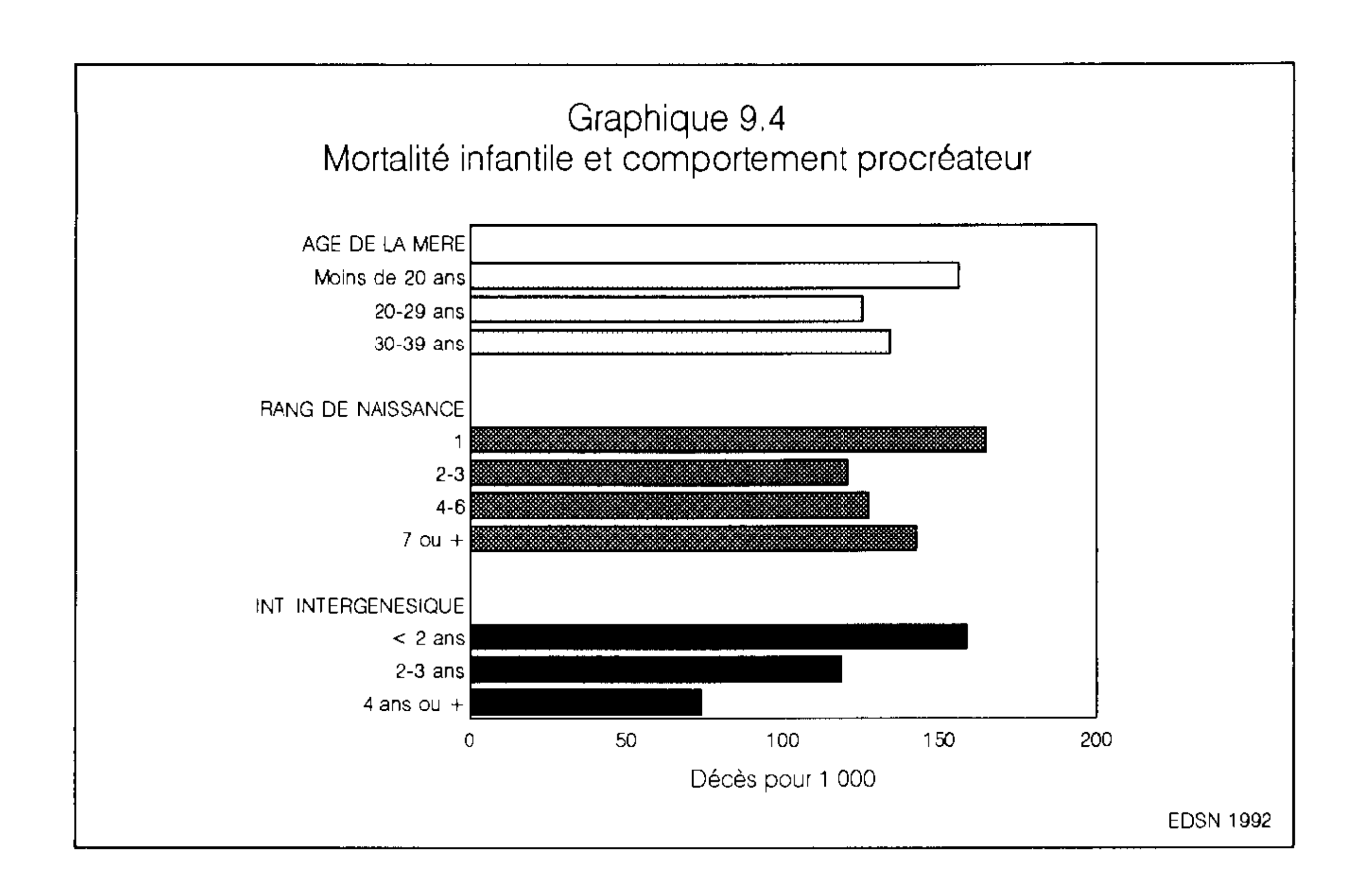
Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête, par caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, *EDS Niger 1992*

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe					
Masculin	52,2	83,6	135,8	211,5	318,6
Feminin	51,0	82,0	133,0	231,7	333,9
Taille à la naissance[1]					
Très petit	68,0	82,1	150,1	*	*
Petit	36,7	94,1	130,8	*	*
Moyen ou gros	34,2	75,0	109,3	(210,4)	(296,7)
Age de la mère à la naissance					
Moins de 20 ans	71,4	84,8	156,2	222,4	343,9
20-29 ans	41,5	83,7	125,3	220,7	318,3
30-39 ans	53,8	80,1	134,0	218,7	323,4
40-49 ans	(49,9)	(67,2)	(117,0)	*	*
Rang de naissance					
1	77,9	87,0	164,9	207,1	337,9
2-3	44,6	76,1	120,6	224,8	318,3
4-6	41,6	85,8	127,4	217,5	317,3
7 ou plus	57,7	84,8	142,5	236,5	345,3
Intervalle avec la naissance précédente					
Moins de 2 ans	61,5	97,1	158,6	222,7	346,0
2-3 ans	41,1	77,4	118,5	236,3	326,8
4 ans ou plus	21,6	52,1	73,8	157,2	219,4
Ensemble	51,7	82,8	134,5	221,4	326,1

Note: Les quotients calculés sur moins de 250 cas (personnes exposées) sont remplacés par des astérisques. Ceux calculés sur 250-499 cas figurent entre parenthèses.
[1]Quotients pour la période de cinq ans précédant l'enquête

sensiblement les mêmes, avec une très légère surmortalité des garçons (136 contre 133 pour mille) ; c'est entre 1 et 5 ans qu'apparaît une surmortalité féminine (232 contre 212 pour mille).

Concernant la taille de l'enfant à la naissance selon la perception de la mère, il apparaît que les bébés petits et surtout très petits ont une mortalité beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros. Sur mille enfants très petits à la naissance, 150 n'atteignent pas leur premier anniversaire et, parmi les enfants petits, 131 décèdent avant 1 an, alors que, pour les enfants moyens ou gros, la probabilité de décéder est de 109 pour mille.



Les trois autres caractéristiques selon lesquelles sont présentés les niveaux de mortalité au Tableau 9.3 et au Graphique 9.4 concernent le comportement procréateur des mères. Du point de vue de l'âge de la mère, on constate qu'avant 1 an, les risques de décéder les plus élevés concernent les enfants nés de jeunes femmes de moins de 20 ans (156 pour mille) : en particulier, le risque de décéder en période néonatale est beaucoup plus élevé pour un enfant né d'une femme de moins de 20 ans (71 pour mille) que pour un enfant né d'une femme de 20-29 ans (42 pour mille). Selon le rang de naissance, les quotients de mortalité infantile qui sont élevés pour le rang un (165 pour mille), baissent nettement pour les rangs suivants, pour augmenter de façon importante pour les enfants de rangs les plus élevés (143 pour mille pour les rangs sept et plus). Cette tendance est bien sûr à mettre en parallèle avec celle concernant l'âge de la mère. La durée de l'intervalle intergénésique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Plus l'intervalle intergénésique est court, plus les risques de décéder, en particulier durant la première année, sont élevés. Les intervalles très courts, entraînent une mortalité infantile (159 pour mille) plus de deux fois plus élevée que chez les enfants qui suivent leur aîné de quatre ans ou plus (74 pour mille).

La mortalité différentielle selon ces trois caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée par des naissances précoces, des rangs de naissance élevés et des intervalles intergénésiques courts.

Le Tableau 9.4 qui reprend, en les combinant, ces trois dernières caractéristiques du comportement procréateur, présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

Tableau 9.4 Fécondité à haut risque

Pourcentage d'enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête par haut risque de mortalité, et pourcentage de femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à haut risque de mortalité, par catégories de haut risque croissant, EDS Niger 1992

Catégories à haut risque	Naissances dans les 5 dernières années		Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
	Pourcentage de naissances	Rapport de risques	
Dans aucune catégorie à haut risque	42,8	1,00	25,7[2]
Naissances de rang 1 (RG=1)			
RG = 1 et âge de la mère à la naissance <18 ans	9,9	1,45	5,8
RG = 1 et âge >= 18 ans	7,8	1,24	6,8
Ensemble des naissances de RG = 1	17,7	1,35	12,5
Un seul haut risque			
Age >34 ans	1,7	(0,75)	7,1
Intervalle intergénésique (IN) <24 mois	15,4	1,39	20,7
RG >6	16,5	1,00	22,9
Ensemble des hauts risques simples	33,5	1,17	50,7
Hauts risques multiples			
IN <24 et RG >6	6,0	1,51	11,1
Ensemble des catégories à risque	57,2	1,26	74,3
Total	100,0	-	100,0
Effectif	7097	-	5561

Note: Le rapport de risques est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les cinq dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans *aucune catégorie à hauts risques*
( ) Basé sur moins de 200 cas.
[1]Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant, si l'enfant était conçu au moment de l'enquête: âge inférieur à 17 ans et 3 mois ou plus âgé que 34 ans et 2 mois, la dernière naissance est née dans les 15 derniers mois, et la dernière naissance était de rang 6 ou plus.
[2]Y compris les femmes stérilisées

- les naissances de rang un qui présentent un risque accru de mortalité; ces naissances ne pouvant être évitées, elles sont présentées dans une catégorie à part, en distinguant celles issues de jeunes mères (moins de 18 ans) qui pourraient être évitées, de celles issues de mères plus âgées;

- les naissances issues de femmes appartenant à une seule catégorie à haut risque, à savoir les naissances de femmes d'âge de procréation tardif (plus de 34 ans), les naissances à intervalle intergénésique court (moins de 24 mois), et celles de rang élevé (supérieur à six);

- les naissances correspondant à une combinaison de certains hauts risques précédents à savoir, l'intervalle intergénésique court (moins de 24 mois), et le rang élevé (supérieur à six);

- les naissances n'appartenant à aucune des catégories à hauts risques définies ci-dessus.

Il apparaît tout d'abord (Tableau 9.4) que 43 pour cent des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête ne correspondent à aucune catégorie à hauts risques identifiés, 18 pour cent correspondent à des risques élevées parce qu'elles sont de rang un, 34 pour cent correspondent à des catégories de haut risque unique, et 6 pour cent des naissances sont des cas à hauts risques multiples. Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, on a calculé des "rapports de risques," en prenant comme base de référence les naissances appartenant à aucune des catégories à hauts risques. Le rapport de risques est donc le rapport de la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque, à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie "sans haut risque".

Un enfant de rang un court un risque de décéder de 35 pour cent supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Ces naissances de rang un n'étant pas évitables, il est préférable de comparer les risques encourus par les enfants de rang un issus de mères très jeunes (moins de 18 ans) à ceux issus de mères plus âgées (plus de 18 ans) : on constate alors que le risque de décéder pour un enfant de rang un de jeune mère est largement supérieur (45 pour cent supérieur à la référence) au risque encouru par un enfant de rang un issu de mère plus âgée (24 pour cent supérieur à la référence). La fécondité précoce apparaît donc ici comme étant un facteur de risque important.

Un enfant appartenant à une catégorie quelconque de haut risque unique court un risque de décéder 1,17 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque : les intervalles intergénésiques courts constituent la cause essentielle de ces hauts risques puisqu'un enfant né moins de 24 mois après son aîné court un risque de décéder de 39 pour cent supérieur à celui de la catégorie de référence. Mais ce sont les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples qui sont les plus exposés à la mortalité. Lorsque les enfants sont de rang supérieur à 6 et suivent la naissance précédente de moins de 24 mois, leur risque de décéder est de 50 pour cent supérieur à la catégorie de référence. Etant donné que pour les hauts risques simples, le rang élevé en tant que tel ne semble pas accroître le risque de décéder, on peut supposer que dans cette catégorie à hauts risques multiples, c'est l'intervalle intergénésique court qui est surtout en cause.

Ces résultats démontrent qu'un meilleur espacement des naissances n'a pas pour seule conséquence une réduction des niveaux de la fécondité, mais aussi une amélioration des chances de survie des enfants.

A partir de cette analyse du comportement procréateur à hauts risques, on a essayé de déterminer la proportion de femmes actuellement mariées qui, potentiellement, pourraient avoir un tel comportement. Pour cela, à partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du rang de leur dernière naissance, on détermine dans quelle catégorie se trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer quelles proportions des futures naissances entreraient dans les catégories à risques, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité. Il apparaît (Tableau 9.4) que 26 pour cent des enfants à naître seraient alors des enfants n'appartenant à aucune catégorie à hauts risques et que 74 pour cent des enfants appartiendraient à une quelconque catégorie à hauts risques (simple ou multiple). Cette dernière proportion est nettement supérieure à celle observée chez les enfants déjà nés (57 pour cent). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants.

CHAPITRE 10

MORTALITE MATERNELLE

10.1 INTRODUCTION

Au cours de l'EDSN, on a collecté des informations concernant la survie des soeurs des enquêtées : ces informations permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe ou indirecte (Graham et al., 1989; Rutenberg et al., 1990). Pour chaque soeur de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ou, si elle était décédée, son âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. A propos des soeurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès était survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

Pour utiliser la méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle, il faut disposer de données sur l'âge des soeurs survivantes et, pour les soeurs décédées, sur l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité par cause maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de soeurs, parmi toutes les soeurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les soeurs (Trussel et Rodriguez, 1990). La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle nécessite davantage de données que la méthode indirecte : les enquêtées doivent non seulement déclarer le décès des soeurs et le fait que ces décès sont liés ou non à la maternité, mais elles doivent également fournir l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès ainsi que l'âge des soeurs survivantes.

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne nécessite d'informations, ni sur l'âge au décès maternel, ni sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la soeur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les soeurs, de décéder sur la durée de vie pour causes maternelles. Etant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des soeurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité des 50 dernières années. Le problème de manque de période de référence à laquelle s'appliquent les estimations est contourné en supposant que les changements dans la mortalité sont linéaires. Sous cette hypothèse, il est possible de préciser à quelle époque s'applique l'estimation de la mortalité maternelle.

10.2 COLLECTE DES DONNEES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en Annexe F (Section 8 du questionnaire individuel femme). En premier lieu, on a demandé à l'enquêtée la liste de tous ses frères et soeurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite à l'enquêtée si chacun de ses frères et soeurs était encore en vie et, si c'était le cas, on lui a demandé leur âge. Pour ceux qui étaient décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Durant la formation des enquêtrices, on avait insisté sur les efforts à fournir pour obtenir des réponses à ces questions, et ceci malgré leur caractère délicat. Dans le cas où des réponses précises sur l'âge ou sur le nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les soeurs décédées on a posé trois questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- "Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] était enceinte quand elle est décédée?"
  Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- "Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée pendant un accouchement?"
  Dans le cas d'une réponse négative à cette deuxième question, on demandait alors :
- "Est-ce que [NOM DE LA SOEUR] est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?"

Ces questions ont été libellées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait aucune question directe à propos de ce type événement.

10.3 EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

Que l'on utilise la méthode d'estimation directe ou indirecte, l'estimation du niveau de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de soeurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête rétrospective sur la survie des soeurs. L'estimation directe nécessite, en plus des données exactes sur la survie des soeurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des soeurs, informations qui demandent des précisions que les enquêtées peuvent ne pas connaître. Le nombre de frères et soeurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au Tableau 10.1.

Tableau 10.1 Etat de survie des frères et soeurs des enquêtées

Nombre de frères et soeurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge, l'âge au décés et le nombre d'années écoulées depuis le décés, EDS Niger 1992

Frères et soeurs selon différentes variables	Soeurs		Frères	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Etat de survie				
Survivants	13 183	72,6	13 804	72,4
Décédés	4 970	27,4	5 248	27,5
ND/Manquant	3	0,0	12	0,1
Total des frères et soeurs	18 156	100,0	19 064	100,0
Age des survivants				
Age déclaré	12 753	96,7	13 395	97,0
ND/Manquant	430	3,3	409	3,0
Total des survivants	13 183	100,0	13 804	100,0
Age au décès et nombre d'années depuis le décès				
Age et nombre d'année déclarés	4 469	90,0	4 686	89,3
Age au décès manquant	35	0,7	47	0,9
Nombre d'année manquant	275	5,5	212	4,0
Age et nombre d'année manquant	191	3,8	303	5,8
Total des décédés	4 970	100,0	5 248	100,0

On ne peut faire que peu de commentaires sur la complétude des déclarations, si ce n'est que le rapport de masculinité des frères et soeurs enregistrés (nombre de frères par rapport aux soeurs) est de 1,05, ce qui est cohérent avec les données internationales.[1] Des données complètes ont été obtenues pour la grande majorité des soeurs, quel que soit leur état de survie. Pour près de 97 pour cent des soeurs survivantes, un âge a été déclaré et, pour 90 pour cent des soeurs décédées, on dispose des informations sur l'âge au décès ainsi que sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et soeurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et soeurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes.[2] Les données sur la survie des frères et soeurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

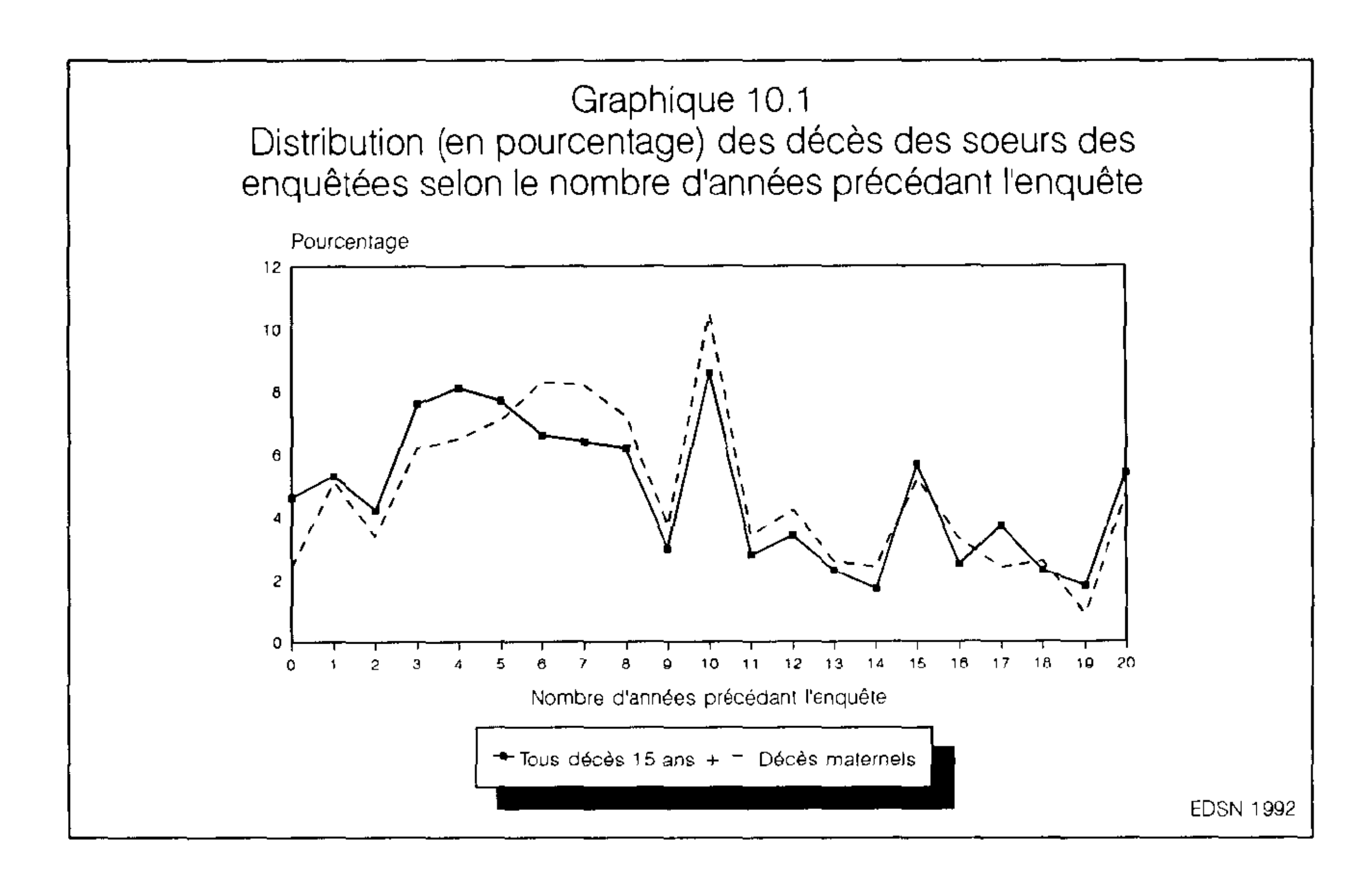
Avec ce type de données, peut se poser un problème d'attraction pour certaines valeurs préférentielles, utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation. La distribution des décès survenus à l'âge de 15 ans et plus, pour toutes les soeurs et pour celles qui sont décédées de causes maternelles, est présentée au Graphique 10.1 selon le nombre d'années écoulées depuis que le décès s'est produit.

Que ce soit pour l'ensemble des décès des soeurs ou pour les seuls décès par cause maternelle, il apparaît une attraction évidente pour des décès qui se seraient produits 10 ans avant l'enquête, époque à laquelle le nombre d'événements est égal à 3 fois environ les nombres de décès trouvés pour les années encadrantes. Pour limiter les effets de ce phénomène d'attraction, on a procédé à des estimations de mortalité pour des périodes dont les limites ont été fixées de façon à minimiser les transferts d'événements entre années. Le fait que l'attraction porte principalement sur 10 ans avant l'enquête permet de définir les périodes de référence suivantes : 0 à 6 et 7 à 13 ans avant l'enquête.

---

[1] La suite des commentaires sur la qualité des données ne concerne que l'enregistrement des données sur les soeurs. L'enregistrement des données sur les frères est quasiment identique.

[2] L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et soeurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et soeur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et soeur décédé pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et soeurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et soeurs "encadrants." Pour les frères et soeurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de soeurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et soeurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.



10.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITE ADULTE

Les estimations de la mortalité masculine et féminine par âge pour la période de 0 à 13 ans avant l'enquête, calculées directement d'après les déclarations sur la survie des frères et des soeurs, sont présentées au Tableau 10.2. Le nombre de décès de frères et soeurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans n'est pas très important (536 femmes et 515 hommes), de sorte que les taux par âge sont basés sur des événement relativement peu nombreux qui sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Pour les femmes, les taux estimés présentent peu de variations de 15 à 39 ans puis augmentent, comme attendu, aux groupes d'âges 40-44 ans et surtout 45-49 ans. La tendance générale semble plausible, avec une augmentation par un facteur de près de deux entre les taux pour les deux plus jeunes groupes d'âges (environ 4 pour 1 000 femmes à 15-24 ans) et les deux groupes d'âges les plus élevés (environ 8 pour 1 000 femmes à 40-49 ans). Les taux de mortalité pour les hommes présentent une tendance par âge assez similaire : les taux des groupes d'âges les plus élevés étant encore une fois près de deux fois supérieurs à la moyenne des taux des deux groupes d'âges les plus jeunes (passant d'environ 4 pour 1 000 à environ 7 pour 1 000).

Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes des niveaux de mortalité puisque les données sur la mortalité des soeurs constituent la base de calcul de la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas fiable, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données sur la mortalité au Niger dont l'exactitude ait été démontrée,[3] l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux provenant de tables types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

[3] La seule table de mortalité disponible pour le Niger est celle proposée par le Bureau Central du Recensement à partir des données du RGP de 1988. Cette table a été obtenue en utilisant une méthode indirecte d'estimation et en se référant à des tables types de mortalité (BCR, 1992f).

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir de tables types de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest sont présentés au Tableau 10.2. Parmi les tables types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité de l'Afrique de l'Ouest ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du type de mortalité infantile/juvénile du Niger.[4] Les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité approximativement égal au quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) estimé pour la période de dix ans précédant l'EDSN.[5]

Tableau 10.2 Estimation de la mortalité par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et soeurs des femmes interviewées, par sexe, Niger 1979-92, et taux des tables types de mortalité

Groupe d'âges	Taux estimés pour 1979-92			Table type de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest[1]
	Décès	Années d'exposition	Taux (p. 1000)	Taux (p. 100)
SEXE FEMININ				
15-19	139	28 483	4,89	3,86
20-24	104	27 062	3,85	5,27
25-29	92	22 409	4,12	5,84
30-34	84	16 055	5,25	7,04
35-39	49	10 124	4,86	7,96
40-44	36	5 948	6,01	7,97
45-49	32	3 127	10,29	8,89
Total	536			
SEXE MASCULIN				
15-19	113	30 115	3,75	1,81
20-24	117	28 679	4,07	2,72
25-29	87	23 470	3,71	3,16
30-34	92	16 945	5,41	3,99
35-39	40	11 015	3,59	5,78
40-44	37	6 449	5,73	7,55
45-49	29	3 456	8,30	10,72
Total	515			

[1]Les taux des tables types proviennent du modèle de mortalité hypothétique des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest, selon la valeur de $_5q_0$ pour la période de dix ans précédant l'EDSN, à savoir $_5q_0$ = 333,9 pour 1 000 naissances féminines et $_5q_0$ = 318,6 pour 1 000 naissances masculines.

[4] Par exemple, pour le sexe féminin, le ratio de la mortalité juvénile à la mortalité infantile ($_4q_1/_1q_0$) est de 1,74 au Niger. A un niveau comparable de mortalité, ce ratio vaut 1,48 dans les tables types de mortalité du modèle pour l'Afrique de l'Ouest, alors qu'il varie de 1,12 à 0,56 dans les autres modèles.

[5] Pour la période de dix ans précédant l'enquête, les quotients de mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire ($_5q_0$) sont de 333,9 pour 1 000 (sexe féminin) et de 318,6 pour 1 000 (sexe masculin) (voir Chapitre 9 - Mortalité des enfants de moins de cinq ans).

Pour les femmes, les taux de mortalité estimés sont légèrement supérieurs à ceux du modèle à 15-19 ans et 45-49 ans et légèrement inférieurs aux autres âges. En outre, pour les deux sexes, les différents taux par âge estimés par l'EDSN présentent des variations plus irrégulières que ceux des tables types. Néanmoins, quel que soit le sexe, la tendance générale des deux séries de taux est assez similaire.

La validité des données collectées par le biais d'enquêtes rétrospectives peut être affectée par l'omission d'événements et la mauvaise datation des événements déclarés. Dans le cadre de l'EDSN, les estimations sont probablement entachées par des sous-déclarations, bien qu'à l'évidence, on ne constate pas de problème majeur de ce type. L'évaluation par comparaison au modèle de mortalité tend à confirmer la qualité des données sur la survie des frères et soeurs et les estimations de mortalité basées sur ces données semblent tout à fait plausibles.

10.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITE MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des soeurs, est présentée au Tableau 10.3. Le nombre de décès maternels est relativement peu élevé : 106 pour la période 1979-1985, 103 pour la période 1986-1992 et 209 pour la période d'ensemble 1979-1992. La tendance des taux par âge, estimés pour chaque période, est quelque peu irrégulière. Cependant, à la lecture des taux correspondant à la période 1979-1992, il semble que le niveau de mortalité maternelle soit particulièrement élevé à 20-34 ans, âges qui correspondent à la fécondité maximale.

Tableau 10.3 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant la survie des soeurs des femmes interviewées, par période, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	1986-92 Décès maternels	1986-92 Années d'exposition	1986-92 Taux (p. 1000)	1979-85 Décès maternels	1979-85 Années d'exposition	1979-85 Taux (p.1000)	1979-92 Décès maternels	1979-92 Années d'exposition	1979-92 Taux (p. 1000)	Proportions de décès maternels/ ensemble des décès 1979-92
15-19	10,7	13 949	0,77	39,0	14 692	2,66	49,7	28 642	1,74	0,36
20-24	29,5	14 572	2,02	22,2	12 615	1,76	51,7	27 187	1,90	0,50
25-29	24,9	13 274	1,88	20,3	9 214	2,20	45,2	22 488	2,01	0,49
30-34	18,4	10 354	1,78	14,6	5 748	2,54	33,0	16 102	2,05	0,39
35-39	12,3	6 736	1,83	5,1	3 414	1,49	17,4	10 151	1,71	0,36
40-44	7,0	4 010	1,75	3,1	1 951	1,61	10,1	5 961	1,70	0,28
45-49	0,5	2 339	0,22	1,4	789	1,79	1,9	3 129	0,62	0,06
15-49	103,3	65 238	1,58	105,7	48 424	2,18	209,1	113 662	1,84	0,39
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG)			266			306			282	
Taux de Mortalité Maternelle (TMM)[1]			593			712			652	
Risque de Mortalité Maternelle sur la Durée de Vie (RDV)[2]			0,04			0,06			0,05	

[1]Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de Mortalité par Cause Maternelle 15-49 ans)/TGFG.
[2]Par femme. Calculé à partir de la formule suivante . $(1 - RDV) = (1 - TMM/100\ 000)^{ISF}$, où ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité

Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique de mortalité par cause maternelle correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité par cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition est égale à 2,18 pour la période 1979-1985, à 1,58 pour la période 1986-1992, et à 1,84 pour l'ensemble des deux périodes (1979-1992). En raison d'importantes erreurs de sondage, on peut difficilement conclure à une tendance à partir de ces taux.[6]

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (Tableau 10.3). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Les taux de mortalité maternelle sont de 712 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1979-1985, de 593 pour la période 1986-1992, et de 652 pour l'ensemble de la période 1979-1992. Il est à noter que le taux pour la période la plus récente aurait enregistré une baisse de l'ordre de 17 pour cent, baisse qu'il faut, là encore, interpréter avec prudence.

A partir des taux de mortalité maternelle, on a calculé, au Tableau 10.3, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie[7] qui exprime la probabilité pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation. Le risque est de 0,04 pour la période la plus récente (1986-1992); en d'autres termes, une femme court un risque de décéder par cause maternelle d'environ 1 sur 25 pendant les âges de procréation. Pour la période d'ensemble 1979-1992, le risque est estimé à 0,05, soit environ 1 sur 20.

Au Tableau 10.3 figurent enfin les proportions de décès imputables aux causes maternelles, par groupe d'âges, pour la période 1979-1992. Alors que les différentes mesures de la mortalité présentées précédemment peuvent être affectées par des sous-déclarations, il est permis de penser que ces proportions ne le sont pas dans la mesure où l'on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n'affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. On constate de fortes variations de ces proportions qui atteignent leur maximum à 20-29 ans, âges de fécondité maximale, où 1 décès de femme sur 2 serait dû à des causes maternelles. Pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), près de 4 décès sur 10 seraient dus à des causes maternelles.

10.6 ESTIMATION INDIRECTE DE LA MORTALITE MATERNELLE

Les données sur la survie des soeurs peuvent aussi être utilisées pour estimer la mortalité maternelle par la méthode indirecte (Graham et al., 1989). Dans ce cas, les données sont agrégées par groupes d'âges de 5 ans des enquêtées. Pour chaque groupe d'âges, les informations sur le nombre de décès maternels parmi toutes les soeurs des enquêtées et sur le nombre de soeurs/unités d'exposition au risque sont utilisées pour estimer le risque de décéder sur la durée de vie par cause maternelle. L'approche indirecte fournit également une estimation d'ensemble de la mortalité maternelle pour les soeurs de l'ensemble des enquêtées qui se rapporte à une période de temps centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête. Quand on travaille sur de petits échantillons, il est préférable d'utiliser l'estimation d'ensemble, qui est moins sensible aux variations d'échantillonnage.

Les estimations indirectes de la mortalité maternelle sont présentées au Tableau 10.4. Les estimations du risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle, par groupe d'âges, varient de 0,037 à 0,074.

---

[6] Sous l'hypothèse d'un échantillon aléatoire simple, la variance de l'estimation peut être approximée par (PQ/N). Les erreurs-type sont estimées à 0,16 pour 1 000 pour le taux de la période la plus récente, à 0,21 pour celui de la période précédente et à 0,13 pour le taux de 1979-92 où le nombre de femmes-années d'exposition est plus important.

[7] La formule de calcul de cette probabilité figure en note du Tableau 10.3.

Tableau 10.4 Estimation indirecte de la mortalité maternelle

Estimations de la mortalité maternelle à partir de la méthode indirecte, EDS Niger 1992

Groupe d'âges des enquêtées	Nombre d'enquêtées	Nombre de soeurs 15 ans+	Facteur d'adjustement pour l'exposition	Soeurs/ unités d'exposition au risque	Décès maternels	Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)	Proportions de décès maternels/ ensemble des décès
15-19	1347	2788[a]	0,107	298,3	15,8	0,053	0,29
20-24	1170	2422[a]	0,206	498,9	37,0	0,074	0,40
25-29	1243	2475	0,343	848,9	53,2	0,063	0,41
30-34	943	1911	0,503	961,2	63,2	0,066	0,42
35-39	713	1568	0,664	1041,2	59,8	0,057	0,39
40-44	505	1073	0,802	860,5	31,8	0,037	0,24
45-49	389	847	0,900	762,3	44,9	0,059	0,30
15-49	6310	13084		5271,3	305,7	0,058	0,35

Taux de Mortalité Maternelle (TMM)[b] = 671

[a] Obtenu en multipliant le nombre d'enquêtées par le nombre moyen de soeurs de 15 ans et plus par enquêtée, déclarées par les enquêtées de 25-49 ans, soit 2,07.
[b] $TMM = (1 - [1 - RDV]^{1/ISF}) \times (100\ 000)$, où ISF est l'Indice Synthétique de Fécondité pour la période 6-13 ans avant l'enquête, estimé à 8,9 enfants par femme. Le taux est exprimé pour 100 000 naissances.

Quand on considère l'ensemble des enquêtées, le risque de décéder sur la durée de vie pour cause maternelle est égal à 0,058 soit, en d'autres termes, un risque d'environ 1 sur 17. Cette valeur peut être transformée en une estimation du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances). L'estimation, centrée à environ 12 ans avant l'enquête, soit 1980, est de 671 pour 100 000.

10.7 DISCUSSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDSN pour la période 1979-1992 est de 652 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. L'estimation indirecte fournit un taux de 671 qui représente une moyenne couvrant une longue période, centrée approximativement sur 12 ans avant l'enquête, soit 1980. Etant donné le degré d'erreur de sondage associé à ces estimations de mortalité, ces deux taux peuvent être considérés comme très voisins. Globalement, on peut estimer que le taux de mortalité maternelle se situait au Niger entre 650 et 700 décès pour 100 000 naissances vivantes durant les décennies 1970 et 1980. Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées récemment dans trois autres pays africains[8] figurent ci-après:

[8] Sources : DOS et IRD, 1991; Azelmat et al., 1993; Katjiuanjo et al., 1993.

Pays et année d'enquête	Période de référence	Taux de mortalité maternelle pour 100 000 (estimation directe)
Soudan (1989/90)	1976-1989	456
Maroc (1991)	1978-1991	348
Namibie (1992)	1983-1992	225

Il apparaît ainsi que la mortalité maternelle est très élevée au Niger : elle serait 1,5 fois plus élevée qu'au Soudan, 2 fois plus élevée qu'au Maroc et trois fois plus élevée qu'en Namibie. L'analyse des données concernant la santé de la mère (voir Chapitre 7 - Santé de la mère et de l'enfant) a fait apparaître une situation sanitaire particulièrement préoccupante qui explique certainement, en grande partie, ce niveau de la mortalité maternelle. Rappelons que seulement 30 pour cent des femmes nigériennes bénéficient de soins prénatals, 16 pour cent accouchent dans des établissements sanitaires et 15 pour cent bénéficient d'assistance de professionnels de la santé lors de l'accouchement.

CHAPITRE 11

ENQUETE MARI

En vue de fournir toutes les informations nécessaires aux responsables des programmes de planification familiale, l'EDSN a enquêté un sous-échantillon de maris des femmes éligibles. Cette enquête avait pour objectif essentiel de recueillir des données sur les préférences des maris en matière de fécondité et sur leur comportement et leurs opinions face à la contraception.

Les maris de la moitié des femmes éligibles[1] ont été enquêtés à l'aide d'un questionnaire spécifique reprenant certains des thèmes abordés dans le questionnaire individuel femme : caractéristiques socio-démographiques, connaissance et utilisation de la contraception et préférences en matière de fécondité. Les enquêtes maris sont totalement indépendantes des enquêtes femmes à l'intérieur des ménages sélectionnés. En d'autres termes, quel que soit le résultat de l'enquête auprès de(s) l'épouse(s), on a interviewé le mari, quand il était éligible. En outre, de même que la femme était enquêtée hors de la présence de son mari, le mari était aussi interrogé hors de la présence de sa (ses) femme(s), et sans qu'aucune vérification ne soit effectuée entre les deux questionnaires. Le fait d'avoir suivi cette procédure, qui garantit l'indépendance des données, explique également pourquoi certaines caractéristiques, à priori communes au couple, telles que le type d'union, sont parfois légèrement différentes selon les réponses données par la femme ou par le mari.

Sur un échantillon de 1 843 maris sélectionnés, 1 570 enquêtes ont été réalisées avec succès, soit un taux de réponse de 85 pour cent. Les résultats présentés dans ce chapitre correspondent, soit aux réponses des 1 570 maris enquêtés, soit aux réponses combinées des maris et de leurs femmes, c'est-à-dire des couples. Compte tenu du fait qu'un même mari peut avoir plusieurs femmes, les couples constitués (1 862) sont plus nombreux que les maris interrogés : en effet, dans les cas de polygamie, les informations obtenues auprès du mari ont été comptées autant de fois qu'il avait de femmes pour former autant de couples différents.

11.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MARIS ET DES COUPLES

11.1.1 Caractéristiques des maris

Contrairement aux femmes parmi lesquelles seules celles âgées de 15 à 49 ans étaient éligibles, aucune limite d'âge n'était imposée pour la sélection des maris. Comme il apparaît au Tableau 11.1, un peu plus de la moitié des maris (51 pour cent) ont 40 ans et plus, parmi lesquels la moitié (25 pour cent) sont âgés de 50 ans et plus; cependant les maris de 60 ans et plus ne représentent que 8 pour cent de l'échantillon. A l'opposé, les maris de moins de 30 ans représentent un cinquième de l'échantillon (21 pour cent).

Environ un homme interrogé sur quatre (24 pour cent) a déclaré vivre en union polygame, et plus d'un tiers des maris (37 pour cent) ont déclaré avoir 5 enfants vivants ou plus.

[1] En fait, tous les maris des femmes éligibles étaient sélectionnés, mais seulement dans un ménage sur deux.

Les maris interrogés sont, dans leur très grande majorité, du milieu rural (85 pour cent). Comme les femmes enquêtées, la presque totalité des maris sont de nationalité nigérienne et de religion musulmane (99 pour cent). Du point de vue ethnique, les haoussa sont largement majoritaires (57 pour cent), suivi par les djerma (21 pour cent).

Instruction

En ce qui concerne le niveau d'instruction des maris, on n'observe que très peu de différences par rapport aux femmes : dans les deux cas, la très grande majorité des enquêtés (89 pour cent) sont sans instruction. Ce résultat quelque peu surprenant s'explique, en partie, par le fait que les maris interrogés sont beaucoup plus âgés que les femmes. Par contre, si l'on compare, pour un même groupe d'âges, les proportions de maris et femmes ayant fréquenté l'école, on constate que les hommes ont un niveau d'instruction plus élevé que leurs épouses : ainsi, à 30-39 ans, 17 pour cent des maris ont au moins un niveau d'instruction primaire (Tableau 11.2), contre 6 pour cent seulement chez les femmes. S'agissant du milieu de résidence, on observe les mêmes situations extrêmes que chez les femmes : les maris les plus instruits sont ceux de milieu urbain (33 pour cent ont au moins un niveau primaire) et surtout ceux de Niamey (13 pour cent ont un niveau primaire et 29 pour cent un niveau secondaire ou supérieur), à l'inverse, 93 pour cent des maris du milieu rural sont sans instruction. Du point de vue régional, peu d'écarts apparaissent, les proportions de maris sans instruction variant de 89 pour cent à Maradi à 95 pour cent à Tillabéri.

Polygamie

Au Niger, la polygamie est un phénomène assez fréquent puisque près d'un homme en union sur quatre (24 pour cent) vit en union polygame (Tableaux 11.1 et 11.3). La fréquence de ce phénomène est étroitement liée

Tableau 11.1 Caractéristiques socio-démographiques des maris enquêtés

Répartition (en %) des maris enquêtés par âge, nombre d'enfants, type d'union, niveau d'instruction, milieu et région de résidence, religion, nationalité et ethnie, *EDS Niger 1992*

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage pondéré	Effectif	
		Pondéré	Non pondéré
Groupe d'âges			
<25	5.7	89	79
25-29	14.8	232	216
30-34	15.2	238	251
35-39	13.9	219	229
40-44	14.4	226	223
45-49	10.6	166	179
50-54	10.7	167	167
55-59	7.0	109	105
60 ou +	7.8	123	121
Nombre d'enfants vivants			
0-2	38.0	597	574
3-4	25.1	394	388
5 ou +	36.9	579	608
Type d'union			
Monogame	76.5	1200	1189
Polygame	23.5	370	381
Niveau d'instruction			
Aucun	89.3	1402	1314
Primaire	7.2	113	144
Secondaire 1er cycle	1.8	28	50
Secondaire 2nd cycle	1.2	18	42
Supérieur	0.5	8	20
Milieu de résidence			
Niamey	5.2	82	246
Autres villes	9.6	150	289
Ensemble urbain	14.8	232	535
Rural	85.2	1338	1035
Région			
Niamey	5.2	82	246
Dosso	13.3	209	177
Maradi	20.6	323	287
Tahoua/Agadez	19.6	308	293
Tillabéri	16.9	266	215
Zinder/Diffa	24.4	383	352
Religion			
Musulmane	98.8	1552	1541
Autre	1.2	19	29
Nationalité			
Nigérienne	98.7	1550	1528
Autre	1.3	20	42
Ethnie			
Arabe	0.2	4	7
Djerma	21.1	331	367
Gourmantché	0.0	1	2
Haoussa	57.0	894	849
Kanouri	5.4	86	76
Mossi	0.0	1	2
Peulh	4.1	65	69
Touareg bella	10.4	163	149
Toubou	0.3	5	5
Autre	1.4	22	44
Total	100.0	1570	1570

Tableau 11.2 Niveau d'instruction des maris enquêtés

Répartition (en %) des maris par niveau d'instruction atteint, selon le groupe d'âges quinquennal, le milieu et la région de résidence, EDS Niger 1992

	Niveau d'instruction atteint						
Caractéristique	Aucun	Primaire	Secondaire 1er cycle	Secondaire 2nd cycle	Supérieur	Total	Effectif
Groupe d'âges							
< 30	83,7	10,6	3,8	1,5	0,4	100,0	321
30-39	82,8	11,7	2,3	2,3	0,9	100,0	457
40-49	92,9	4,7	1,2	0,6	0,6	100,0	392
50 ou +	97,8	1,9	0,2	0,1	0,1	100,0	400
Milieu de résidence							
Niamey	58,1	13,4	10,6	12,6	5,3	100,0	82
Autres villes	71,3	18,3	5,2	2,8	2,4	100,0	150
Ensemble urbain	66,7	16,6	7,1	6,2	3,4	100,0	232
Rural	93,2	5,6	0,9	0,3	0,0	100,0	1338
Région							
Niamey	58,1	13,4	10,6	12,6	5,3	100,0	82
Dosso	90,3	8,3	0,5	0,6	0,2	100,0	209
Maradi	88,5	10,1	0,7	0,6	0,2	100,0	323
Tahoua/Agadez	92,2	5,3	1,7	0,5	0,3	100,0	308
Tillabéri	94,5	3,9	1,4	0,2	0,0	100,0	266
Zinder/Diffa	90,2	6,8	1,9	0,7	0,4	100,0	383
Ensemble des maris	89,3	7,2	1,8	1,2	0,5	100,0	1570

à l'âge puisque le taux de polygamie[2] passe de 4 pour cent chez les hommes de moins de 30 ans à 18 pour cent à 30-39 ans, 30 pour cent à 40-49 ans, pour atteindre 40 pour cent chez les hommes de 50 ans ou plus. Ces variations de la fréquence de la polygamie ne semblent pas être dues à une diminution de ce type d'union parmi les générations les plus récentes, mais semblent correspondre effectivement à une augmentation du phénomène avec l'âge. En effet, à la question "Avez-vous l'intention de prendre une autre épouse dans l'avenir?", 71 pour cent des maris interrogés ont répondu par l'affirmative et plus particulièrement les maris monogames au moment de l'enquête (78 pour cent) (donnée non présentée au Tableau 11.3).

Comme cela a été noté pour les femmes (voir Chapitre 5 - Nuptialité), le taux de polygamie est nettement plus élevé dans les "autres villes" (32 pour cent) qu'à Niamey (22 pour cent) et qu'en milieu rural (23 pour cent). Au niveau régional, la polygamie concerne environ un tiers des hommes mariés de Maradi (32 pour cent), alors qu'elle ne touche que 19 pour cent des maris de Tillabéri et de Dosso. On constate enfin que les maris ayant fréquenté l'école sont beaucoup moins polygames que ceux sans instruction (14 pour cent contre 25 pour cent).

[2] Le taux de polygamie correspond à la proportion d'hommes en union polygame dans la population des hommes mariés.

Tableau 11.3 Polygamie et nombre de femmes

Répartition (en %) des maris par type d'union (monogame ou polygame), répartition des maris polygames par nombre de femmes, nombre moyen de femmes par mari et nombre moyen de femmes par polygame, selon l'âge, le milieu et la région de résidence et le niveau d'instruction, EDS Niger 1992

Caractéristique	Mono- games	Poly- games	Polygames avec: 2 fem- mes	3 fem- mes ou +	Total	Effectif	Nombre moyen de femmes par mari	Nombre moyen de femmes par polygame
Groupe d'âges								
< 30	96,4	3,6	2,8	0,8	100,0	321	1,0	2,3
30-39	81,7	18,3	16,9	1,4	100,0	457	1,2	2,1
40-49	70,4	29,6	25,5	4,1	100,0	392	1,3	2,1
50 ou +	60,3	39,7	30,6	9,0	100,0	400	1,5	2,3
Milieu de résidence								
Niamey	78,0	22,0	18,3	3,7	100,0	82	1,3	2,2
Autres villes	68,2	31,8	24,9	6,9	100,0	150	1,4	2,3
Ensemble urbain	71,6	28,4	22,6	5,8	100,0	232	1,4	2,2
Rural	77,3	22,7	19,1	3,6	100,0	1338	1,3	2,2
Région								
Niamey	78,0	22,0	18,3	3,7	100,0	82	1,3	2,2
Dosso	81,2	18,8	15,5	3,3	100,0	209	1,2	2,2
Maradi	67,7	32,3	26,6	5,8	100,0	323	1,4	2,2
Tahoua/Agadez	76,2	23,9	18,6	5,2	100,0	308	1,3	2,3
Tillabéri	80,7	19,3	17,3	1,9	100,0	266	1,2	2,1
Zinder/Diffa	78,2	21,8	18,8	3,0	100,0	383	1,3	2,1
Niveau d'instruction								
Aucun	75,3	24,7	20,6	4,1	100,0	1402	1,3	2,2
Primaire ou plus	86,2	13,8	11,7	2,1	100,0	168	1,2	2,2
Ensemble des maris	76,5	23,6	19,6	3,9	100,0	1570	1,3	2,2

La grande majorité des hommes polygames (20 pour cent par rapport à 24 pour cent) n'ont que deux épouses et, par conséquent, l'intensité de la polygamie[3] est relativement faible, les polygames n'ayant en moyenne que 2,2 femmes. Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques, l'intensité de la polygamie ne varie que très peu, de 2,1 à 2,3 femmes par polygame.

Nombre d'enfants vivants

Lors de l'interview, on a demandé aux maris le nombre d'enfants vivants qu'ils avaient. Cette question faisant référence à tous les propres enfants de l'homme, quelle qu'en soit la mère, les réponses obtenues diffèrent largement des informations du même type obtenues auprès de chaque femme. Comme on peut le constater au Tableau 11.4, seule une faible proportion de maris n'ont aucun enfant vivant (11 pour cent) et plus d'un mari sur deux ont entre un et quatre enfants (53 pour cent). En moyenne, les maris ont 4,1 enfants survivants, soit 1,2 enfants de plus que les femmes mariées (2,9 enfants) (voir Chapitre 3 - Fécondité).

[3] L'intensité de la polygamie se mesure par le nombre moyen de femmes par polygame.

Tableau 11.4 Nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des maris par nombre d'enfants vivants selon l'âge, le milieu et la région de résidence, le niveau d'instruction et le type d'union, EDS Niger 1992

Caractéristique	Nombre d'enfants vivants 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou +	Total	Effectif	Nombre moyen d'enfants
Groupe d'âges														
< 30	36,4	33,4	20,4	6,1	2,8	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	321	1,1
30-39	6,3	15,0	21,6	20,5	17,7	9,1	5,8	2,5	0,2	1,1	0,3	100,0	457	3,0
40-49	2,9	2,8	7,9	13,0	17,6	17,6	13,5	9,5	4,2	4,1	6,9	100,0	392	5,3
50 et +	2,2	3,8	8,4	9,3	8,4	9,0	11,4	12,0	6,0	7,7	21,7	100,0	400	6,7
Milieu de résidence														
Niamey	9,3	12,2	13,8	13,0	12,2	7,3	10,2	5,3	3,7	2,4	10,6	100,0	82	4,6
Autres villes	6,2	11,8	9,7	10,0	11,4	9,3	9,7	10,0	3,1	5,5	13,1	100,0	150	5,4
Ensemble urbain	7,3	11,9	11,1	11,1	11,7	8,6	9,9	8,4	3,3	4,4	12,2	100,0	232	5,1
Rural	11,1	13,0	15,2	13,1	12,4	9,7	7,6	5,8	2,5	3,1	6,5	100,0	1338	3,9
Région														
Niamey	9,3	12,2	13,8	13,0	12,2	7,3	10,2	5,3	3,7	2,4	10,6	100,0	82	4,6
Dosso	14,1	10,8	12,1	11,8	11,6	8,9	11,5	4,8	4,0	4,8	5,5	100,0	209	4,1
Maradi	8,6	13,5	13,8	10,2	12,4	12,3	8,4	6,0	2,7	3,1	8,8	100,0	323	4,4
Tahoua/Agadez	8,3	13,6	14,6	13,8	15,6	9,5	3,9	7,0	1,9	3,2	8,6	100,0	308	4,3
Tillabéri	10,7	11,8	13,5	13,2	9,0	9,4	11,2	6,7	2,4	3,6	8,4	100,0	266	4,2
Zinder/Diffa	12,2	13,8	17,3	14,5	12,2	8,0	6,2	6,2	2,3	2,6	4,7	100,0	383	3,6
Niveau d'instruction														
Aucun	10,0	12,3	14,2	12,6	12,7	9,8	8,2	6,6	2,6	3,5	7,5	100,0	1402	4,2
Primaire ou plus	15,0	17,9	18,1	14,5	8,4	7,5	6,0	2,8	2,7	1,6	5,6	100,0	168	3,3
Type d'union														
Monogame	13,3	16,0	17,3	14,5	12,4	8,3	6,9	5,2	2,0	1,6	2,5	100,0	1200	3,2
Polygame	1,7	2,7	5,8	7,3	11,8	13,3	11,3	9,4	4,6	8,9	23,1	100,0	370	7,0
Ensemble des maris	10,6	12,9	14,6	12,8	12,3	9,5	8,0	6,2	2,6	3,3	7,3	100,0	1570	4,1

Le nombre d'enfants survivants augmente régulièrement avec l'âge des maris : le nombre moyen passe de 1,1 enfants chez les maris de moins de 30 ans, à 3,0 chez ceux de 30-39 ans, à 5,3 chez ceux de 40-49 ans et atteint 6,7 enfants lorsque le mari a 50 ans ou plus. Parmi ces maris les plus âgés, 22 pour cent ont au minimum dix enfants. Du point de vue du milieu de résidence, alors que la plus forte fécondité se rencontre chez les femmes rurales, il apparaît que le nombre d'enfants survivants est plus élevé chez les maris des "autres villes" (5,4 en moyenne) et de Niamey (4,6) qu'en milieu rural (3,9) : ce résultat est une conséquence de la mortalité infanto-juvénile extrêmement élevée (347 pour mille) qui touche les enfants des zones rurales.

Concernant les régions de résidence, les écarts sont assez importants puisque le nombre moyen varie de 3,6 enfants à Zinder/Diffa (région de relativement faible fécondité) à 4,4 enfants à Maradi. On peut noter enfin que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction: les hommes sans instruction ont, en moyenne, 4,2 enfants vivants, contre 3,3 chez les hommes ayant fréquenté l'école.

La variable qui influe le plus sur le nombre d'enfants semble être le type d'union puisque les maris monogames n'ont, en moyenne, que 3,2 enfants, soit un nombre moyen assez peu différent de celui des femmes en union (2,9 enfants), contre 7,0 enfants pour les maris polygames. La fréquence de la polygamie et son intensité sont certainement des facteurs qui expliquent, en partie, certains des écarts entre les nombres moyens d'enfants observés par milieu de résidence, par région et par niveau d'instruction.

11.1.2 Caractéristiques des couples

Au Tableau 11.5 figurent les différences d'âge entre maris et femmes pour les 1 862 couples étudiés. Dans la grande majorité des couples, le mari est beaucoup plus âgé que sa femme[4] puisque dans 55 pour cent des cas le mari a, au minimum, 10 ans de plus que son épouse et, dans 30 pour cent des cas, il a au moins 15 ans de plus (Graphique 11.1); en moyenne, les maris ont 11,7 ans de plus que leur femme. De plus, en vieillissant, les hommes polygames ont tendance à épouser des femmes de rang deux et plus beaucoup plus jeunes qu'eux. Ceci explique que les maris ont, en moyenne, 17,9 ans de plus que leur femme quand elle est de rang deux et plus, alors qu'ils n'ont que 10,2 ans de plus que leur première épouse, qu'il s'agisse d'une union monogame ou polygame.

Tableau 11.5 Différence d'âges entre le mari et la femme

Répartition (en %) des couples par différence d'âges entre le mari et la femme par rapport à l'âge de la femme et différences d'âges moyennes, selon le groupe d'âges de la femme, EDS Niger 1992

Groupe d'âges de la femme	Différence d'âges par rapport à l'âge de la femme						Différence d'âges moyenne par rapport à la femme de:			Effectif des couples
	Négative	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15 ans ou +	Total	Rang 1	Rang 2 ou +	Ensemble	
15-19	0,0	12,6	40,3	31,1	16,1	100,0	9,1	19,2	10,3	241
20-24	0,0	13,2	35,5	20,9	30,4	100,0	9,5	19,6	11,5	305
25-29	1,3	11,4	32,0	26,1	29,3	100,0	10,0	17,9	11,7	416
30-34	2,2	9,4	26,2	26,8	35,4	100,0	10,9	18,4	12,6	315
35-39	1,7	11,4	31,0	20,4	35,7	100,0	12,2	15,1	12,8	238
40-44	5,4	10,5	20,3	29,9	34,0	100,0	11,4	17,1	12,4	194
45-49	5,3	14,0	32,3	26,1	22,3	100,0	8,7	17,3	9,8	153
Total	1,9	11,6	31,3	25,7	29,5	100,0	10,2	17,9	11,7	1862

En plus des données résumées concernant les écarts d'âges entre mari et femme, le Tableau 11.6 et le Graphique 11.1 présentent les caractéristiques des couples du point de vue du type d'union, du nombre d'enfants vivants et du niveau d'instruction. En ce qui concerne le type d'union, les proportions de couples monogames et polygames sont en partie biaisées, puisque les maris polygames sont comptés plusieurs fois pour former autant de couples qu'ils ont de femmes : les proportions de "couples" polygames sont donc surestimées. L'intérêt principal de ce rapprochement du type d'union de la femme et de celui du mari est de contrôler la concordance des réponses obtenues puisque, en principe, tous les couples devraient être, soit monogames, soit polygames; or, on constate que dans quelques cas (1,7 pour cent) le type d'union déclaré par le mari est différent de celui déclaré par la femme. Cela signifie peut-être que le concept d'union n'est pas toujours perçu de la même façon par les enquêtés, certains hommes considérant qu'ils ont plusieurs épouses, alors que, pour leur femme (enquêtée), elle est la seule épouse.

[4] Dans les cas de polygamie, le même mari est associé plusieurs fois à chacune de ses femmes pour former autant de différents couples de deux personnes : pour cette raison, au niveau du couple, on ne compare le mari qu'avec une femme.

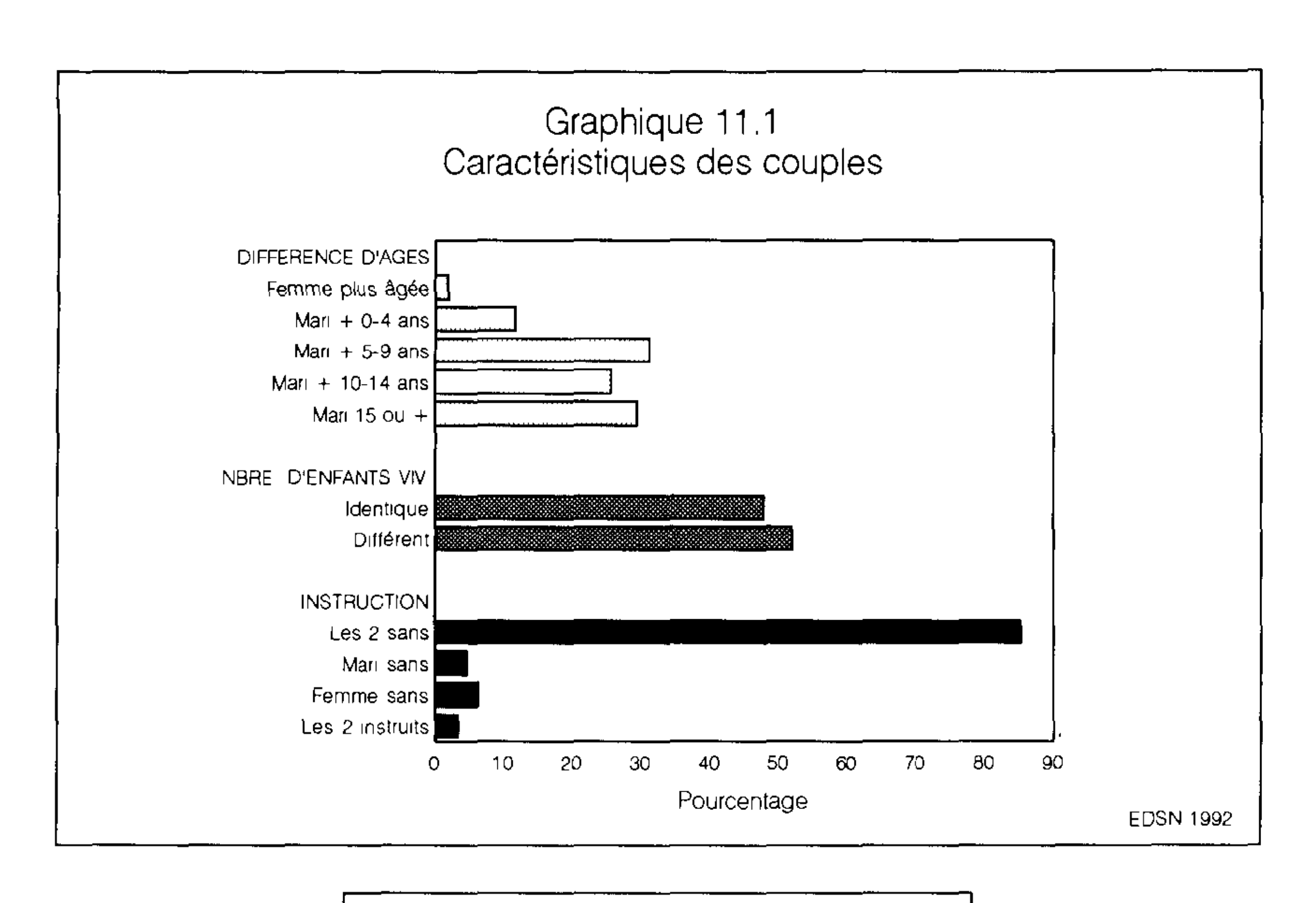


Tableau 11.6 Caractéristiques différentielles des couples

Répartition (en %) des couples par différence d'âges, par type d'union, par différence de nombre d'enfants et par différence de niveau d'instruction, EDS Niger 1992

Différence	Pourcentage	Effectif
Age du mari/Age de la femme		
Négatif	1,9	35
0-4 ans	11,6	216
5-9 ans	31,3	583
10-14 ans	25,7	478
15 ans ou +	29,5	550
Type d'union		
Monogame	62,8	1169
Polygame	35,5	661
Différent	1,7	33
Nombre d'enfants		
Identique	48,0	895
Différent	52,0	967
Niveau d'instruction		
Mari et femme: aucun	85,4	1589
Femme instruite, mari non	4,8	89
Mari instruit, femme non	6,4	120
Mari et femme instruits	3,4	64
Total	100,0	1862

En ce qui concerne les enfants vivants, dans la majorité des couples (52 pour cent), le mari et la femme ont déclaré des nombres différents et, généralement, comme cela a été souligné précédemment, c'est le mari qui a le plus d'enfants, le plus souvent parce qu'il a eu ou qu'il a plusieurs épouses.

Dans plus de quatre couples sur cinq (85 pour cent), le mari et la femme sont, tous les deux, sans instruction. Dans 5 pour cent des cas, la femme a fréquenté l'école, mais pas le mari, dans 6 pour cent des cas, c'est le mari qui a une certaine instruction, mais pas sa femme, et seulement 3 pour cent des couples nigériens sont composés d'un homme et d'une femme ayant, tous les deux, fréquenté l'école.

11.2 PLANIFICATION FAMILIALE

Dans la société nigérienne les hommes jouent un rôle déterminant dans les prises de décisions concernant la famille et, d'une manière ou d'une autre, ils ont une influence sur la pratique de la contraception de leurs épouses. C'est pourquoi le questionnaire de l'EDSN utilisé lors de l'interview des maris comportait une section sur la contraception et la planification familiale très similaire à celle utilisée lors de l'enquête individuelle auprès des femmes. Les questions portaient principalement sur la connaissance des méthodes contraceptives, sur l'utilisation passée et actuelle de la contraception, sur l'intention d'utiliser des méthodes dans l'avenir, ainsi que sur les attitudes et opinions concernant la planification familiale.

11.2.1 Connaissance de la contraception

La connaissance des méthodes de contraception est la condition préalable à leur utilisation. Le Tableau 11.7 montre que la grande majorité des maris interrogés (85 pour cent) connaissent au moins une méthode contraceptive : 74 pour cent connaissent au moins une méthode moderne et 71 pour cent une méthode traditionnelle. Comme chez les femmes, parmi les méthodes modernes la pilule et les injections sont les méthodes les plus connues (57 pour cent dans les deux cas), suivies de la stérilisation féminine (56 pour cent). Par ailleurs, et contrairement aux femmes qui ne sont que 23 pour cent à connaître le condom, un mari sur deux (51 pour cent) connaît cette méthode. Pour ce qui est des méthodes traditionnelles, le gris-gris est toujours la méthode la plus connue (66 pour cent) mais, comparativement aux femmes, une proportion importante de maris ont déclaré connaître la continence périodique (31 pour cent) et le retrait (27 pour cent).

Tableau 11.7 Connaissance des méthodes contraceptives et des sources des méthodes

Pourcentage de maris qui connaissent une méthode contraceptive spécifique, EDS Niger 1992

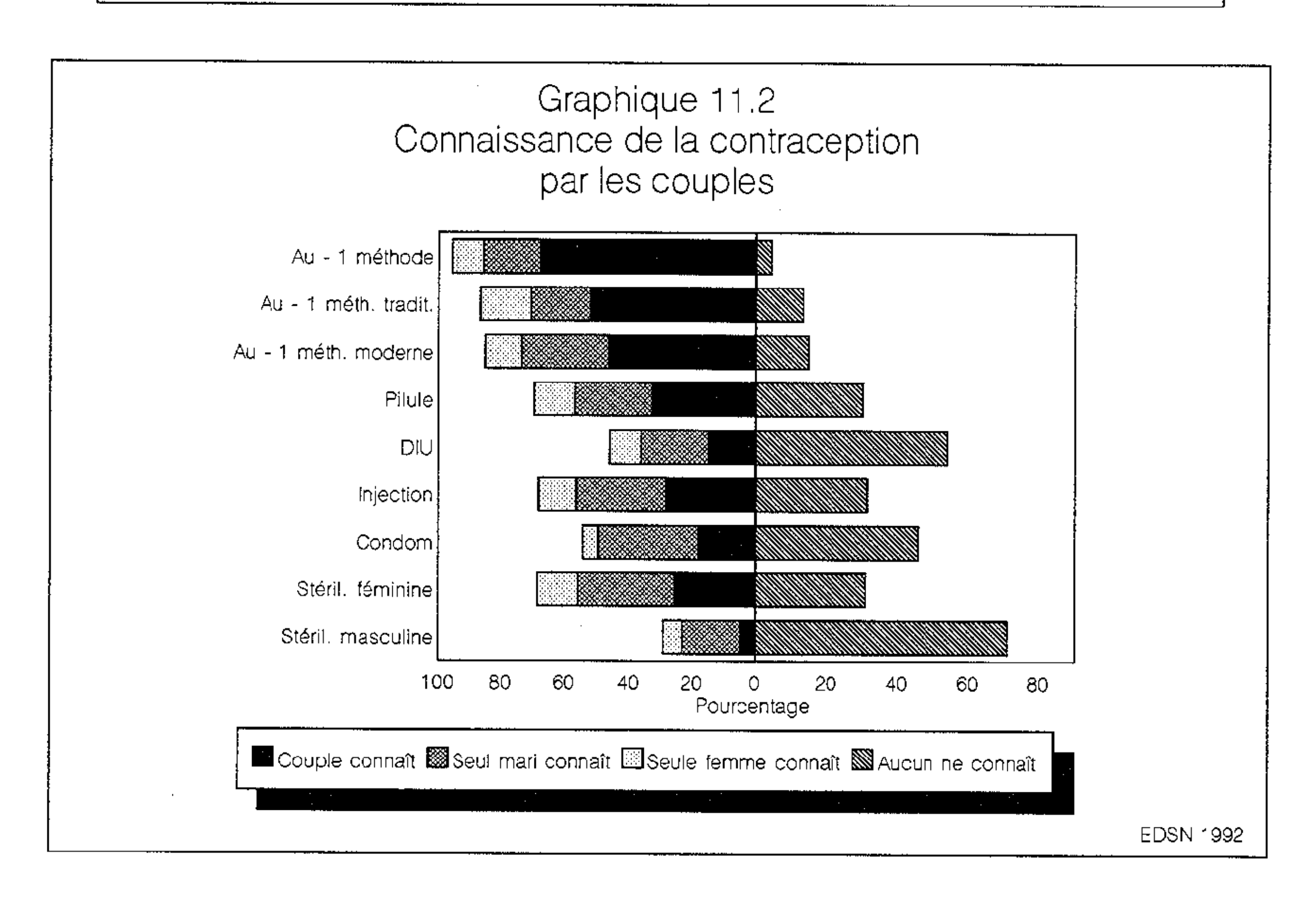
Méthode contraceptive	Connaît une méthode
N'importe quelle méthode	85,4
Méthode moderne	74,0
Pilule	56,7
DIU	36,9
Injection	56,7
Méthodes vaginales	19,4
Condom	50,7
Stérilisation féminine	56,0
Stérilisation masculine	24,2
Méthode traditionnelle	70,5
Continence périodique	30,6
Retrait	27,4
Gris-gris	65,6
Autres méthodes	18,3
Effectif de maris	1570

Le Tableau 11.8 et le Graphique 11.2 présentent les résultats concernant la connaissance de la contraception au niveau des couples. Dans 68 pour cent des cas, la femme *et* le mari connaissent au moins une méthode contraceptive; s'agissant des seules méthodes modernes, cette proportion n'est plus que de 47 pour cent et de 52 pour cent pour les seules méthodes traditionnelles. Dans un cas sur vingt-cinq (4 pour cent), ni le mari ni la femme n'ont jamais entendu parler de méthode contraceptive. En outre, lorsqu'un seul des deux partenaires connaît une méthode contraceptive, quelle qu'elle soit, il s'agit plus fréquemment du mari que de sa femme : dans près d'un cas sur cinq (18 pour cent) seul le mari connaît au moins une méthode, et dans seulement un cas sur dix (10 pour cent) c'est la femme seule qui a entendu parler d'une méthode contracep-

Tableau 11.8 Connaissance des méthodes contraceptives par les couples

Répartition (en %) des couples connaissant, au moins, une méthode contraceptive spécifique, EDS Niger 1992

Méthode	Le mari et la femme connaissent	Le mari connaît, la femme non	La femme connaît, le mari non	Aucun de deux ne connaît	Total	Effectif de couples
N'importe quelle méthode	68,1	17,6	10,0	4,3	100,0	1862
Méthode moderne	46,5	27,2	11,4	14,8	100,0	1862
Pilule	32,5	24,3	13,0	30,3	100,0	1862
DIU	15,0	21,1	9,9	54,1	100,0	1862
Injection	28,2	28,1	12,2	31,5	100,0	1862
Méthodes vaginales	3,8	15,1	7,5	73,7	100,0	1862
Condom	18,1	31,4	4,8	45,8	100,0	1862
Stérilisation féminine	25,4	30,4	13,0	31,1	100,0	1862
Stérilisation masculine	4,7	18,5	5,9	70,9	100,0	1862
Méthode traditionnelle	52,0	18,9	15,8	13,3	100,0	1862
Continence périodique	4,2	25,8	4,4	65,6	100,0	1862
Retrait	3,6	23,4	4,4	68,6	100,0	1862
Gris-gris	47,5	18,5	18,6	15,4	100,0	1862
Autres méthodes	2,3	15,7	5,5	76,6	100,0	1862



tive. Du point de vue des méthodes spécifiques, il convient de souligner que dans 74 pour cent des cas, aucun des deux partenaires n'a entendu parler des méthodes vaginales, dans 71 pour cent des cas ni le mari ni la femme n'ont entendu parler de la stérilisation masculine et dans plus d'un cas sur deux (54 pour cent) le couple ne connaît pas le stérilet. En ce qui concerne les condoms, seulement 18 pour cent des couples (mari *et* femme) en ont entendu parler, par contre dans 31 pour cent des cas le mari en a entendu parler mais pas sa femme.

Tableau 11.9 Connaissance de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage de maris qui connaissent une méthode de contraception quelconque et pourcentage de ceux qui connaissent une méthode de contraception moderne selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Niger 1992

Caractéristique socio-démographique	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif de maris
Groupe d'âges			
<30	84,2	78,6	321
30-39	87,6	77,3	457
40-49	85,0	73,8	392
50 ou +	84,2	66,9	400
Milieu de résidence			
Niamey	95,9	92,3	82
Autres villes	88,2	83,4	150
Ensemble urbain	90,9	86,5	232
Rural	84,4	71,9	1338
Région			
Niamey	95,9	92,3	82
Dosso	98,8	94,4	209
Maradi	78,8	58,9	323
Tahoua/Agadez	78,1	52,2	308
Tillabéri	93,7	91,2	266
Zinder/Diffa	81,6	77,5	383
Niveau d'instruction			
Aucun	84,4	72,1	1402
Primaire ou plus	93,6	90,2	168
Nombre d'enfants vivants			
0	84,3	79,7	166
1	83,1	71,3	202
2	87,0	76,2	229
3	82,6	71,4	202
4 ou +	86,5	73,6	772
Ensemble des maris	85,4	74,0	1570

[1]C'est-à-dire : pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicides, diaphragmes...), condom et stérilisations féminine et masculine

Le niveau de connaissance de la contraception présente peu de variations selon les caractéristiques socio-démographiques des maris (Tableau 11.9). Le niveau de connaissance est assez similaire quel que soit l'âge du mari, mais si on se limite aux seules méthodes modernes, les maris les plus jeunes (moins de 40 ans) connaissent mieux la contraception que leurs aînés (78 contre 70 pour cent). Les maris qui connaissent le plus les méthodes contraceptives modernes sont ceux de Niamey (92 pour cent) et des "autres villes" (83 pour cent) bien qu'une large majorité de maris du milieu rural (72 pour cent) aient également entendu parler d'au moins une méthode moderne de contraception. Au niveau régional, les niveaux de connaissance les plus faibles des méthodes modernes sont enregistrés à Maradi (59 pour cent) et à Tahoua/Agadez (52 pour cent); par contre, plus de trois maris sur quatre de Zinder/Diffa (78 pour cent) connaissent la contraception moderne alors que c'est dans cette région que l'on enregistre le niveau de connaissance le plus faible parmi les femmes (37 pour cent). On note enfin que les maris ayant fréquenté l'école connaissent mieux la contraception que ceux sans instruction bien que, parmi ces derniers, le niveau de connaissance reste élevé (84 pour cent pour l'ensemble des méthodes et 72 pour cent pour les seules méthodes modernes).

11.2.2 Pratique de la contraception

On a demandé aux maris ayant déclaré connaître au moins une méthode contraceptive s'ils avaient déjà utilisé cette méthode. Un peu plus d'un mari sur dix (13 pour cent) a déclaré avoir déjà utilisé une méthode de contraception : la pratique de la contraception est donc légèrement plus élevée chez les maris que chez les femmes en union parmi lesquelles 11 pour cent ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode (Tableau 11.10). Comme pour les femmes, ce sont les méthodes traditionnelles qui ont été le plus utilisées par les maris (9 pour cent), et surtout les gris-gris (5 pour cent). Les moyens contraceptifs modernes ont été utilisés par 6 pour cent des maris, soit un peu plus fréquemment que par les femmes en union (4 pour cent), cet écart entre hommes et femmes étant dû principalement à une utilisation du condom nettement plus importante par les maris (2,5 pour cent), qui sont les utilisateurs de cette méthode, que par les femmes (0,3 pour cent).

Tableau 11.10 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de maris et de femmes en union ayant déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode spécifique, selon l'âge, EDS Niger 1992

			Méthodes modernes							Méthodes traditionnelles				
Groupe d'âges	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Pilule	DIU	Injections	Méth. vaginales	Condom	Stéril. fémin.	N'importe quelle méthode tradit.	Contin. périodique	Retrait	Gris-gris	Autres	Effectif des maris
							MARIS							
< 30	12,0	5,4	2,0	0,1	0,0	0,2	3,8	0,0	8,0	2,4	1,8	4,2	1,6	321
30-39	15,9	8,2	6,0	0,1	0,9	0,4	3,8	0,0	9,8	2,9	1,0	5,7	2,5	457
40-49	14,4	6,4	4,5	0,3	1,3	0,1	1,9	0,1	9,9	2,6	0,2	4,7	3,5	392
50 ou +	10,3	2,8	1,5	0,1	0,3	0,1	0,7	0,5	7,9	1,0	1,0	4,4	4,2	400
Tous âges	13,3	5,8	3,7	0,2	0,7	0,2	2,5	0,2	9,0	2,2	0,9	4,8	3,0	1570
							FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Tous âges	11,4	4,4	3,6	0,4	0,8	0,2	0,3	0,1	8,4	0,7	0,4	6,5	1,7	5561

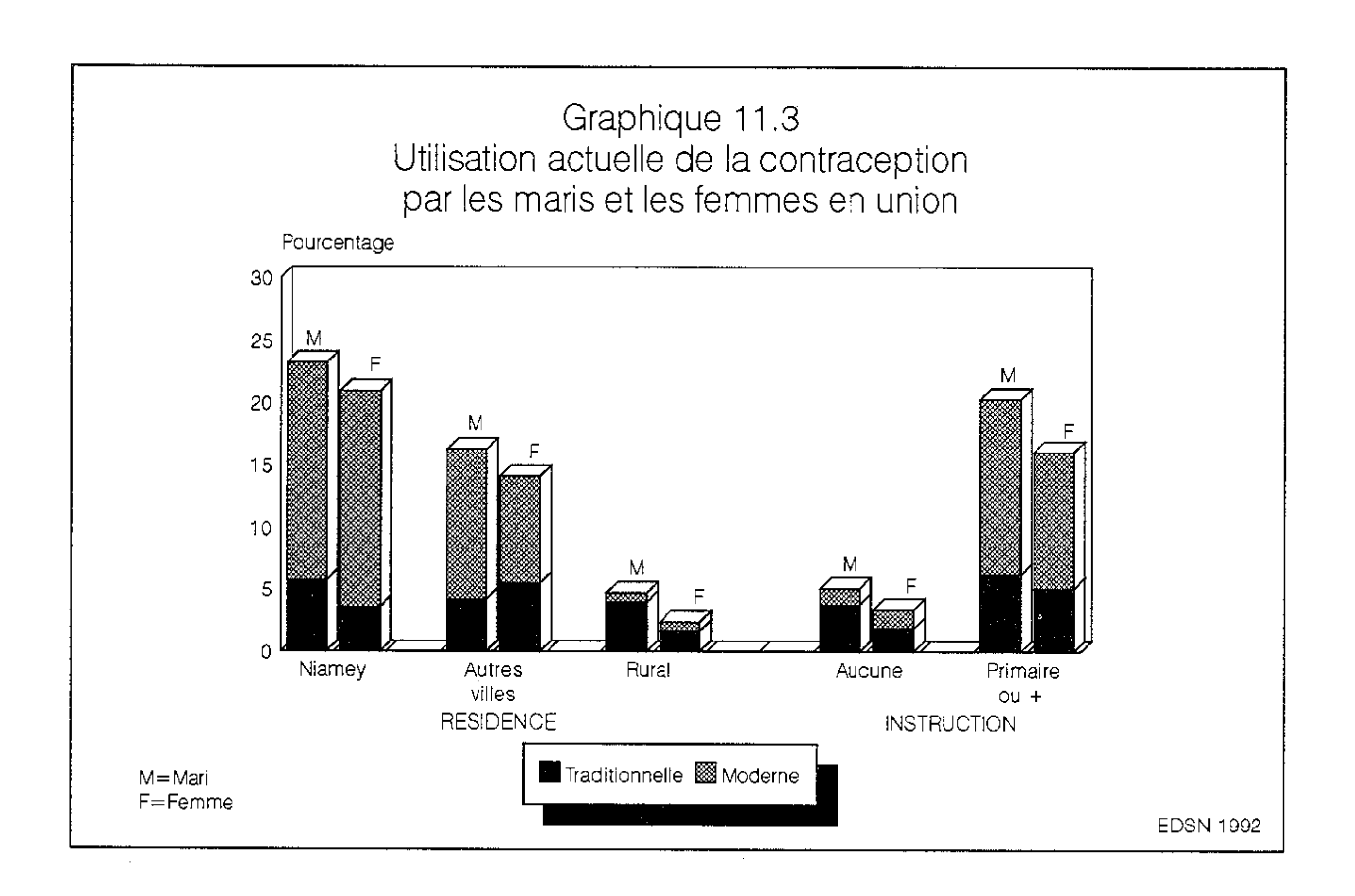
Le Tableau 11.11 porte sur la prévalence contraceptive au moment de l'enquête. Alors que 4 pour cent des femmes en union ont déclaré utiliser une méthode de contraception au moment de l'enquête, la prévalence contraceptive atteint 7 pour cent chez les maris, 3 pour cent utilisant une méthode moderne et 4 pour cent une méthode traditionnelle. Quelle que soit la méthode, la prévalence en contraception moderne est pratiquement la même que celle observée chez les femmes en union, par contre, quelle que soit la méthode, l'utilisation des méthodes traditionnelles est toujours plus importante chez les maris (globalement, 4 pour cent contre 2 pour cent chez les femmes).

Du point de vue des caractéristiques socio-démographiques (Tableau 11.11 et Graphique 11.3) les maris qui utilisent le plus la contraception sont, comme chez les femmes, les maris de Niamey (23 pour cent) et des "autres villes" (16 pour cent), ceux de Maradi (9 pour cent), ceux ayant fréquenté l'école (20 pour cent) et ceux ayant au moins quatre enfants (8 pour cent).

Tableau 11.11 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques socio-démographiques

Répartition (en %) des maris et des femmes actuellement en union, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, *EDS Niger 1992*

Caractéristique socio-démographique	N'importe quelle méthode	N'importe quelle méthode moderne	Méthodes modernes: Pilule	DIU	Injection	Méth. vaginales	Condom	Stéril. féminin	N'importe quelle méthode tradit.	Méthodes traditionnelles: Contin. périodique	Retrait	Gris-gris	Autres	Aucune méthode	Total	Effectif de maris
							MARIS									
Groupe d'âges																
<30	6,8	2,7	1,4	0,0	0,0	0,2	1,1	0,0	4,1	0,7	0,4	2,4	0,6	93,2	100,0	321
30-39	8,9	4,2	3,0	0,1	0,4	0,1	0,6	0,0	4,7	1,1	0,3	2,6	0,7	91,1	100,0	457
40-49	6,6	2,4	1,2	0,2	0,6	0,0	0,3	0,1	4,2	0,8	0,0	2,1	1,2	93,4	100,0	392
50 ou +	4,3	1,1	0,3	0,1	0,5	0,0	0,1	0,0	3,3	0,4	0,0	1,9	1,0	95,7	100,0	400
Milieu de résidence																
Niamey	23,2	17,5	13,8	1,2	1,2	0,0	1,2	0,0	5,7	2,8	0,0	2,4	0,4	76,8	100,0	82
Autres villes	16,3	12,1	5,9	0,3	1,7	0,7	3,1	0,3	4,2	1,4	0,0	1,7	1,0	83,7	100,0	150
Ensemble urbain	18,7	14,0	8,7	0,7	1,6	0,4	2,4	0,2	4,7	1,9	0,0	2,0	0,8	81,3	100,0	232
Rural	4,6	0,7	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	4,0	0,6	0,2	2,3	0,9	95,4	100,0	1338
Région																
Niamey	23,2	17,5	13,8	1,2	1,2	0,0	1,2	0,0	5,7	2,8	0,0	2,4	0,4	76,8	100,0	82
Dosso	6,6	2,7	0,9	0,0	0,2	0,0	1,6	0,0	3,8	0,9	0,0	2,4	0,6	93,4	100,0	209
Maradi	8,9	2,5	1,0	0,0	0,4	0,2	0,7	0,2	6,4	0,4	0,0	4,8	1,2	91,1	100,0	323
Tahoua/Agadez	6,5	1,9	1,2	0,2	0,2	0,0	0,3	0,0	4,6	1,3	0,0	2,0	1,3	93,5	100,0	308
Tillabéri	4,4	1,5	0,4	0,0	0,9	0,2	0,0	0,0	2,9	0,5	0,5	1,0	1,0	95,6	100,0	266
Zinder/Diffa	3,2	1,0	0,7	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	2,2	0,4	0,3	1,1	0,3	96,8	100,0	383
Niveau d'instruction																
Aucun	5,1	1,3	0,7	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	3,8	0,6	0,2	2,2	0,9	94,9	100,0	1402
Primaire ou plus	20,3	14,1	8,9	0,4	1,9	0,6	1,9	0,3	6,2	2,6	0,0	2,9	0,8	79,7	100,0	168
Nombre d'enfants vivants																
0	3,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	2,3	0,8	0,0	1,6	0,0	97,0	100,0	166
1	4,1	1,8	1,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	2,2	0,2	0,6	0,8	0,6	95,9	100,0	202
2	6,9	3,2	2,4	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	3,7	0,9	0,0	2,1	0,6	93,1	100,0	229
3	5,9	3,5	2,3	0,0	0,2	0,0	1,0	0,0	2,4	0,3	0,0	1,3	0,9	94,1	100,0	202
4 ou +	8,4	2,9	1,4	0,2	0,7	0,1	0,4	0,1	5,5	1,0	0,2	3,1	1,2	91,6	100,0	772
Ensemble des maris	6,7	2,6	1,5	0,1	0,4	0,1	0,5	0,0	4,1	0,8	0,2	2,3	0,9	93,3	100,0	1570
							FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION									
Ensemble des femmes	4,4	2,3	1,5	0,2	0,4	0,0	0,1	0,1	2,1	0,1	0,0	1,8	0,2	95,6	100,0	6503



11.2.3 Utilisation future et méthodes contraceptives préférées

Lors de l'interview, on a demandé aux maris qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête s'ils avaient l'intention de l'utiliser dans l'avenir (Tableau 11.12). La grande majorité des maris (65 pour cent) ont déclaré ne pas avoir l'intention de pratiquer la contraception. Parmi ceux ayant exprimé l'intention de la pratiquer (28 pour cent), la majorité (24 pour cent par rapport à 28 pour cent) sont des maris n'ayant jamais utilisé la contraception auparavant et sont donc des nouveaux utilisateurs potentiels. On peut noter que même parmi les maris sans enfant vivant, 26 pour cent ont l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir. C'est parmi les maris ayant un ou deux enfants vivants que les proportions d'utilisateurs futurs sont les plus élevées (respectivement 38 et 33 pour cent), puis ces proportions diminuent légèrement avec l'augmentation du nombre d'enfants (28 pour cent à 3 enfants et 25 pour cent à 4 enfants et plus).

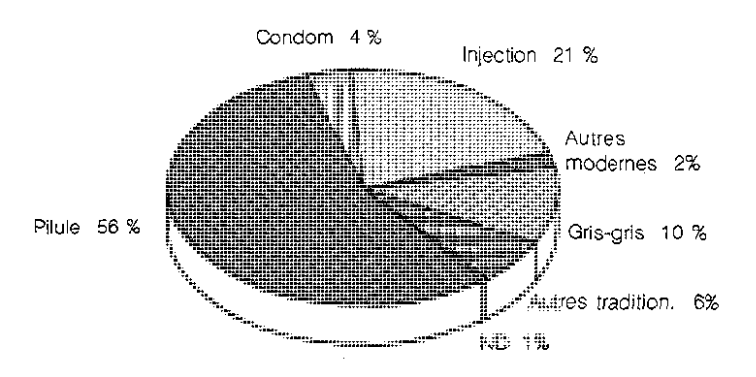
Par ailleurs, on a demandé aux maris ayant l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir, quelle méthode ils préféreraient utiliser (Graphique 11.4). Comme les femmes, la grande majorité des maris ont l'intention d'utiliser une méthode moderne (83 pour cent), essentiellement la pilule (56 pour cent) et les injections (21 pour cent), le condom n'intervenant que dans 4 pour cent des cas. Par ailleurs, 10 pour cent des maris ont déclaré vouloir utiliser les gris-gris. Comme les femmes, les utilisateurs futurs de la contraception devraient, du moins en intention, utiliser davantage les méthodes modernes que ne le font les maris qui pratiquent la contraception aujourd'hui.

Tableau 11.12 Utilisation future de la contraception

Répartition (en %) des maris n'utilisant pas actuellement une méthode contraceptive, par intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, selon le nombre d'enfants vivants et selon l'expérience passée en matière de contraception, EDS Niger 1992

Intention d'utiliser dans le futur	Nombre d'enfants vivants					
	0	1	2	3	4 ou +	Ensemble
N'a jamais utilisé la contraception						
Intention d'utiliser	24,6	34,5	27,1	22,3	21,3	24,4
N'est pas sûr d'utiliser	7,1	7,1	9,6	4,7	5,4	6,3
N'a pas l'intention d'utiliser	64,4	53,5	54,0	65,2	65,8	62,2
A déjà utilisé la contraception						
Intention d'utiliser	1,1	3,1	5,4	5,4	3,8	3,9
N'est pas sûr d'utiliser	1,0	0,0	0,6	0,7	0,6	0,6
N'a pas l'intention d'utiliser	1,8	1,8	3,3	1,8	3,0	2,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tous les maris actuellement non-utilisateurs						
Intention d'utiliser	25,7	37,6	32,6	27,7	25,2	28,3
N'est pas sûr d'utiliser	8,1	7,1	10,2	5,4	6,0	6,9
N'a pas l'intention d'utiliser	66,2	55,3	57,3	66,9	68,8	64,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	161	194	213	190	707	1465

Graphique 11.4
Méthode contraceptive préférée pour une utilisation future



EDSN 1992

11.2.4 Opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale

Pour mieux connaître les attitudes et opinions des maris en matière de planification familiale, on a cherché à savoir ce qu'ils pensaient de la diffusion d'informations relatives à ce sujet, s'ils approuvaient ou non son utilisation et s'ils en discutaient avec leur femme.

D'après le Tableau 11.13, un peu plus des trois quarts des maris (78 pour cent) sont favorables à la diffusion d'informations sur la planification familiale par le biais des média (radio et/ou télévision). Ce sont les maris les plus jeunes qui sont le plus favorables à ce type d'informations (85 pour cent chez les moins de 30 ans), et cette proportion diminue légèrement avec l'âge pour ne plus concerner que 69 pour cent des maris de 50 ans et plus. Par ailleurs, on peut remarquer que, comme les femmes, les maris qui approuvent le plus fréquemment la diffusion d'informations sur la planification familiale sont ceux de Niamey (86 pour cent), ceux de Dosso (94 pour cent) et de Tillabéri (93 pour cent) et ceux ayant au moins un niveau d'instruction primaire (86 pour cent).

Tableau 11.13 Approbation de l'utilisation des média dans la diffusion de messages sur la planification familiale

Pourcentage de maris approuvant la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision, par caractéristiques socio-démographiques, selon l'âge, EDS Niger 1992

Caractéristique	Age du mari				Tous les âges
	< 30	30-39	40-49	50 ou +	
Milieu de résidence					
Niamey	96,4	90,7	82,9	74,5	85,8
Autres villes	83,7	76,9	79,5	63,6	75,1
Ensemble urbain	87,4	82,5	80,7	66,9	78,8
Rural	84,8	80,8	74,4	69,8	77,3
Région					
Niamey	96,4	90,7	82,9	74,5	85,8
Dosso	100,0	97,6	86,7	90,6	94,2
Maradi	66,0	68,0	57,3	41,3	57,7
Tahoua/Agadez	83,5	71,8	67,0	72,0	72,7
Tillabéri	94,6	92,0	94,0	92,2	93,0
Zinder/Diffa	84,6	78,6	79,0	65,9	76,6
Niveau d'instruction					
Aucun	85,1	80,2	74,4	68,8	76,5
Primaire ou plus	85,2	85,5	88,8	94,2	86,4
Ensemble	85,1	81,1	75,4	69,4	77,5

La majorité des maris enquêtés (58 pour cent) ont répondu par l'affirmative à la question : "En général, approuvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?" (Tableau 11.14). En outre, pour l'approbation de l'utilisation de la contraception, on peut noter le même type de variations que pour l'approbation de la diffusion d'informations sur la planification familiale. Les maris de moins de 30 ans (65 pour cent) approuvent davantage l'utilisation de la contraception que ceux de 30 ans et plus et surtout que ceux de 50 ans et plus (50 pour cent). Les maris qui approuvent le plus fréquemment l'utilisation de méthodes contraceptives sont ceux de Niamey (76 pour cent), ceux de Dosso (84 pour cent) et de Tillabéri (75 pour cent) et ceux ayant fréquenté l'école (73 pour cent).

Tableau 11.14 Opinion des maris face à la planification familiale

Pourcentage de maris connaissant une méthode contraceptive et approuvant la planification familiale, par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Niger 1992

Caractéristique	Age du mari < 30	30-39	40-49	50 ou +	Ensemble
Milieu de résidence					
Niamey	78,6	78,4	77,1	70,6	76,4
Autres villes	72,1	57,1	64,1	53,2	60,2
Ensemble urbain	74,0	65,7	68,8	58,4	65,9
Rural	64,3	57,9	55,9	49,1	56,5
Région					
Niamey	78,6	78,4	77,1	70,6	76,4
Dosso	93,3	78,6	89,7	75,6	84,1
Maradi	50,4	47,9	39,7	28,9	41,2
Tahoua/Agadez	56,8	51,4	45,5	54,5	51,7
Tillabéri	67,4	76,9	77,1	75,2	74,9
Zinder/Diffa	60,7	41,7	53,0	34,8	47,0
Niveau d'instruction					
Aucun	64,0	56,6	56,7	49,6	56,1
Primaire ou plus	71,9	71,8	74,7	84,6	73,0
Ensemble	65,2	59,2	58,0	50,4	57,9

La même question sur l'approbation de la planification familiale ayant été posée aux maris et aux femmes, on a déterminé l'opinion des couples en la matière. Il apparaît au Tableau 11.15 et au Graphique 11.5 que dans 41 pour cent des cas, le mari et la femme approuvent tous les deux l'utilisation de moyens pour éviter une grossesse : cette concordance des points de vue pour approuver l'utilisation de la contraception se retrouve plus fréquemment chez les couples où le mari et la femme ont une faible différence d'âge (49 pour cent pour un écart de 0-4 ans), chez les couples monogames (42 pour cent, contre 38 pour cent chez les polygames), chez les couples où le mari et la femme ont le même nombre d'enfants (44 pour cent contre 38 pour cent quand le nombre d'enfants est différent) et chez les couples où l'un des deux, ou les deux partenaires ont un certain niveau d'instruction.

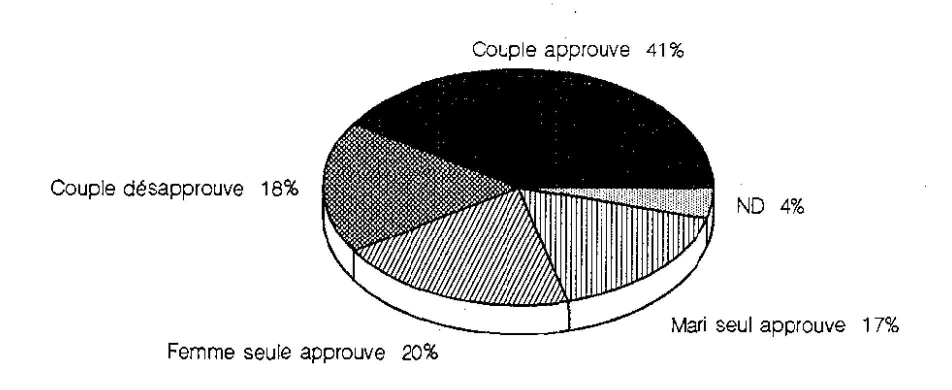
A l'opposé, pour un peu moins d'un couple sur cinq (18 pour cent), les deux partenaires sont du même avis pour désapprouver l'utilisation de la contraception. Enfin, dans un peu plus d'un cas sur trois (37 pour cent) les deux partenaires ne sont pas du même avis, soit le mari approuve et la femme désapprouve la contraception (17 pour cent), soit c'est la femme qui approuve et le mari qui est contre (20 pour cent).

Tableau 11.15 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme approuvent ou désapprouvent la planification familiale, selon les caractéristiques différentielles du couple, EDS Niger 1992

Caractéristique différentielle du couple	Le mari et la femme approuvent	Le mari et la femme désap-prouvent	La femme approuve et le mari désap-prouve	Le mari approuve et la femme désap-prouve	Non déterminé	Total	Pourcentage de couples ayant la même opinion	Effec-tif
Age du mari/ Age de la femme								
Négatif	38,3	20,7	19,2	12,2	9,6	100,0	59,0	35
0-4 ans	48,5	19,6	12,2	17,2	2,6	100,0	68,0	216
5-9 ans	42,2	16,9	21,3	15,4	4,3	100,0	59,1	583
10-14 ans	41,8	15,5	18,6	19,4	4,6	100,0	57,3	478
15 ans ou +	35,5	20,5	22,4	17,4	4,1	100,0	56,1	550
Type d'union								
Monogame	42,4	17,2	18,7	17,6	4,2	100,0	59,6	1169
Polygame	38,0	20,2	21,3	16,4	4,0	100,0	58,2	656
Différent	38,6	3,8	30,9	17,6	9,1	100,0	42,4	37
Nombre d'enfants								
Identique	43,9	17,6	17,9	16,7	3,9	100,0	61,5	895
Différent	37,9	18,4	21,6	17,6	4,6	100,0	56,3	967
Niveau d'instruction								
Mari et femme: aucun	37,9	20,0	20,3	17,5	4,3	100,0	57,9	1589
Femme instruite, mari non	57,7	11,2	15,8	11,3	4,0	100,0	68,9	89
Mari instruit, femme non	51,9	5,9	20,5	20,1	1,6	100,0	57,8	120
Mari et femme instruits	67,8	0,0	13,2	12,0	6,9	100,0	67,8	64
Ensemble	40,8	18,0	19,8	17,2	4,2	100,0	58,8	1862

Graphique 11.5
Opinion des couples face à la planification familiale



EDSN 1992

Au cours de l'enquête individuelle, on a demandé aux femmes si, d'après elles, leur mari approuvait ou non la planification familiale. Au Tableau 11.16, figurent la perception par la femme, de l'opinion de son mari et l'opinion réelle du mari. Dans l'ensemble, la femme connaît assez bien l'opinion de son mari : dans 75 pour cent des cas où la femme pense que son mari approuve l'utilisation de la contraception, celui-ci l'approuve effectivement, et dans 49 pour cent des cas où elle pense qu'il la désapprouve, sa perception de l'opinion de son partenaire est correcte. Cependant il faut remarquer que dans 46 pour cent des cas, le mari approuve la contraception alors que sa femme pense qu'il est contre.

Tableau 11.16 Opinion du mari face à la planification familiale et perception de son opinion par sa femme

Répartition (en %) des couples par opinion du mari face à la planification familiale et selon la perception par la femme de l'opinion du mari, EDS Niger 1992

Perception par la femme de l'opinion de son mari	Opinion du mari			Total	Effectif de couples
	Le mari approuve	Le mari désapprouve	Le mari ne sait pas		
La femme croit que la mari approuve	75,4	22,0	2,6	100,0	623
La femme croit que le mari désapprouve	46,1	48,5	5,4	100,0	558
La femme ne sait pas	52,0	44,0	4,1	100,0	680
Ensemble	58,1	38,0	4,0	100,0	1862

Que ce soit un désaccord dans le couple, ou une perception fausse de l'opinion du conjoint en matière de contraception, ces situations peuvent s'expliquer par un manque de communication entre mari et femme. Ce manque de communication est mis en évidence au Tableau 11.17 où il apparaît que la grande majorité des couples nigériens (77 pour cent) n'ont jamais discuté de problèmes de planification familiale, en particulier les couples dans lesquels le mari a 50 ans et plus (82 pour cent). De plus, lorsque les partenaires ont discuté de ce sujet, dans un cas sur deux (12 pour cent par rapport à 23 pour cent), il ne s'agissait que de discussions occasionnelles, à savoir une ou deux fois seulement durant l'année.

Tableau 11.17 Discussion de la planification familiale par le couple

Répartition (en %) des maris par nombre de fois qu'ils ont discuté de la planification familiale avec leur femme au cours de l'année ayant précédé l'enquête, selon l'âge actuel, EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Nombre de discussions sur la planification familiale				Total	Effectif de maris
	Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	Non déterminé		
<30	75,5	15,4	8,6	0,5	100,0	321
30-39	71,6	13,7	14,4	0,3	100,0	457
40-49	78,1	10,9	11,0	0,0	100,0	392
50 ou +	82,4	9,9	7,6	0,1	100,0	400
Ensemble	76,8	12,4	10,6	0,2	100,0	1570

11.3 PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

Le Tableau 11.18 fournit la répartition des maris selon qu'ils souhaitent ou non avoir des enfants (supplémentaires) selon le nombre d'enfants qu'ils ont actuellement. Globalement, la très grande majorité des maris souhaitent avoir d'autres enfants (93 pour cent) et seulement 2 pour cent des maris souhaitent limiter leur descendance. Comme on pouvait s'y attendre, les proportions de maris qui veulent d'autres enfants diminuent légèrement avec le nombre d'enfants qu'ils ont déjà, tout en restant supérieures à 92 pour cent tant que le nombre d'enfants vivants est inférieur à six. Cette proportion diminue ensuite chez les maris qui ont déjà six enfants ou plus, mais seulement 5 pour cent de ces maris souhaitent limiter leur descendance.

Tableau 11.18 Préférences des maris en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des maris par désir d'enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants, EDS Niger 1992

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants							Ensemble des maris
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
Veut un autre	98,4	99,0	96,1	95,2	96,0	92,3	84,2	93,0
Indécis	0,0	1,0	1,7	2,9	1,7	2,7	5,8	2,8
Ne veut plus d'enfant	0,8	0,0	0,9	0,6	1,3	2,4	4,9	2,0
Femme/mari stérile	0,8	0,0	1,4	1,3	1,0	2,6	5,2	2,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	166	202	229	202	193	149	430	1570

Le Tableau 11.19 présente le même type d'information au niveau du couple. Seulement 1 pour cent des couples souhaitent limiter la taille de leur famille, et la grande majorité (77 pour cent) désirent encore des enfants. Dans environ 8 pour cent des cas, le mari et la femme sont en désaccord, le plus souvent, il s'agit du mari qui souhaite encore des enfants alors que la femme désire en limiter le nombre. Avec l'augmentation

Tableau 11.19 Préférences des couples en matière de fécondité

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme veulent ou non des enfants supplémentaires, selon le nombre d'enfants vivants du mari et de la femme, EDS Niger 1992

Nombre d'enfants vivants	Mari et femme veulent d'autres enfants	Mari veut, femme est stérile	Mari veut, femme ne veut pas	Femme veut, mari ne veut pas	Mari et femme ne veulent plus d'autres enfants	Mari et/ou femme NSP	Autres	Total	Effectif
Nombre d'enfants du mari									
0	95,7	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	1,7	100,0	166
1-3	86,1	1,6	4,6	0,0	0,5	0,4	6,8	100,0	666
4-6	78,3	2,9	6,9	0,6	1,5	0,2	9,5	100,0	574
7-9	63,0	3,7	15,3	1,8	0,9	1,5	13,9	100,0	258
10 ou +	42,1	5,5	16,7	3,1	2,2	1,0	29,5	100,0	198
Nombre d'enfants de la femme									
0	94,7	0,8	1,2	0,6	0,2	0,0	2,5	100,0	240
1-3	85,0	2,7	3,9	0,6	0,6	0,5	6,7	100,0	928
4-6	65,5	2,5	10,5	1,5	1,3	0,8	17,9	100,0	541
7 ou +	37,4	6,0	31,4	0,3	3,2	1,0	20,5	100,0	153
Ensemble	76,7	2,7	7,7	0,8	1,0	0,5	10,6	100,0	1862

du nombre d'enfants vivants, que ce soit ceux du mari ou ceux de la femme, les proportions de couples désirant encore des enfants diminuent au profit des couples désirant limiter leur descendance, mais aussi et surtout au profit des couples qui sont en désaccord sur les enfants supplémentaires à avoir. Ainsi, lorsque le mari a déjà dix enfants ou plus, 42 pour cent des couples veulent d'autres enfants, 2 pour cent n'en veulent plus, mais dans 17 pour cent des cas, le couple est en désaccord parce la femme veut limiter le nombre d'enfants alors que le mari ne le souhaite pas. De même, lorsque la femme a déjà sept enfants vivants ou plus, près d'un tiers des couples (31 pour cent) sont en désaccord parce que la femme veut limiter sa descendance et que le mari ne le veut pas.

Pour connaître les préférences des maris en matière de fécondité on leur a demandé, comme à leurs femmes, quel était le nombre total d'enfants qu'ils souhaiteraient (ou qu'ils auraient souhaité) avoir, en tout, durant leur vie. D'après le Tableau 11.20, les maris nigériens sont favorables à une famille très nombreuse puisque leur nombre idéal d'enfants est, en moyenne, de 12,6 soit plus de 4 enfants de plus que le nombre idéal moyen déclaré par les femmes en union (8,5). Comme chez les femmes, on peut constater un lien entre la taille actuelle et la taille idéale de la famille qui passe de 9,3 enfants, en moyenne, chez les maris sans enfant à 13,3 chez ceux qui ont déjà 5 enfants et à 17,0 chez ceux qui ont déjà 6 enfants ou plus.

Tableau 11.20 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des maris par nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants selon le nombre d'enfants vivants, EDS Niger 1992

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants							Ensemble des maris
	0	1	2	3	4	5	6 ou +	
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1
2	1,1	0,6	0,6	0,8	0,7	0,3	0,2	0,5
3	2,6	2,8	0,6	2,2	0,0	0,0	0,2	1,1
4	5,1	4,3	4,8	1,9	0,8	0,4	0,4	2,3
5	15,9	9,5	6,6	5,6	2,0	2,7	0,3	5,2
6 ou +	57,8	70,1	72,9	72,6	75,0	76,7	69,1	70,5
Réponses non-numériques	17,6	12,6	14,6	16,9	20,9	19,8	29,8	20,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	166	202	229	202	193	149	430	1570
Nombre idéal moyen	9,3	10,6	10,5	11,3	13,0	13,3	17,0	12,6
Effectif de maris avec réponses numériques	137	177	195	167	152	120	301	1249

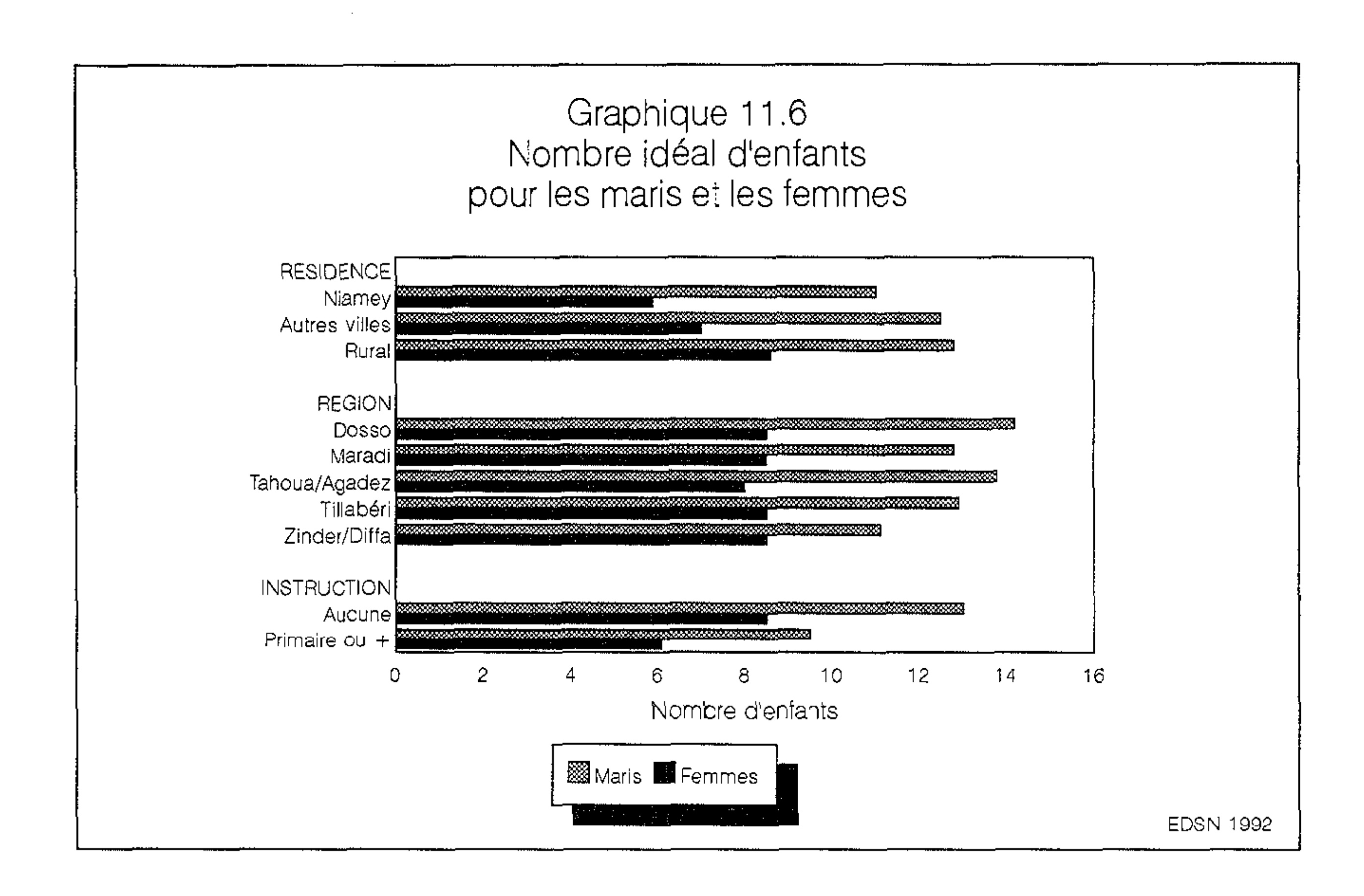
Au Tableau 11.21 figure le nombre idéal d'enfants selon les caractéristiques socio-démographiques du mari. On constate tout d'abord que la taille idéale de la famille présente de fortes variations selon l'âge du mari, passant de 10,7 enfants, en moyenne, chez les maris de moins de 30 ans à 14,5 enfants chez ceux âgés de 50 ans et plus. Ces variations, déjà observées chez les femmes, ne signifient peut-être pas seulement qu'en vieillissant les maris souhaitent de plus en plus d'enfants, mais elles sont peut-être aussi le signe d'une diminution du nombre idéal d'enfants des générations les plus anciennes aux plus récentes, et donc le signe d'une amorce possible de baisse de la fécondité.

Tableau 11.21 Nombre idéal d'enfants pour les maris par caractéristiques socio-démographiques

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des maris par caractéristiques socio-démographiques selon l'âge, EDS Niger 1992

	Age du mari				
Caractéristique	< 30	30-39	40-49	50 ou +	Ensemble
Milieu de résidence					
Niamey	7,0	8,5	12,1	16,4	11,0
Autres villes	9,9	10,8	13,5	15,4	12,5
Ensemble urbain	9,1	9,9	12,9	15,7	11,9
Rural	10,8	12,0	14,0	14,3	12,8
Région					
Niamey	7,0	8,5	12,1	16,4	11,0
Dosso	12,3	14,1	14,3	16,2	14,2
Maradi	11,5	11,8	14,9	13,1	12,8
Tahoua/Agadez	10,6	12,5	17,0	15,0	13,8
Tillabéri	10,4	12,0	13,3	16,5	12,9
Zinder/Diffa	9,6	9,8	11,8	12,8	11,1
Niveau d'instruction					
Aucun	10,9	12,1	14,3	14,5	13,0
Primaire ou plus	9,4	9,5	8,3	14,7	9,5
Ensemble	10,7	11,6	13,8	14,5	12,6

Par ailleurs, on constate des variations très importantes de la taille idéale selon le milieu de résidence, la région et le niveau d'instruction : ces variations suivent à peu près les mêmes tendances que chez les femmes (Graphique 11.6). Concernant le milieu de résidence, les maris du milieu rural (12,8 enfants, en moyenne) et ceux des "autres villes" (12,5 enfants) ont pour idéal un nombre d'enfants plus élevé que ceux de Niamey (11,0 enfants). Au niveau régional, la taille moyenne varie de 11,1 enfants à Zinder/Diffa à 14,2 à Dosso. Du point de vue de l'instruction, pour les maris n'ayant pas fréquenté l'école, le nombre idéal d'enfants est près de 50 pour cent supérieur à celui des maris ayant au moins le niveau primaire (13,0 contre 9,5). Il faut enfin souligner que, quelle que soit la caractéristique envisagée, les nombres moyens d'enfants sont très peu différents chez les maris les plus âgés; c'est surtout parmi les maris de 30-39 ans et surtout parmi ceux de moins de 30 ans que les nombres moyens présentent les plus fortes variations.



Au niveau du couple, il apparaît au Tableau 11.22 que, dans la majorité des cas (65 pour cent) le mari a pour idéal un nombre d'enfants plus élevé que celui de sa femme : dans seulement 11 pour cent des cas, le mari et la femme ont donné pour réponse la même taille idéale de la famille, et dans 24 pour cent des cas, la femme a pour idéal un nombre d'enfants supérieur à celui du mari. Les couples dans lesquels le mari souhaite plus d'enfants que sa femme se rencontrent plus fréquemment quand le mari est beaucoup plus âgé que sa femme (71 pour cent quand le mari a 15 ans de plus), quand il s'agit d'une union polygame (75 pour cent) et quand le nombre d'enfants du mari est différent de celui de la femme (73 pour cent). Du point de vue du niveau d'instruction, c'est chez les couples où le mari est sans instruction et que la femme est instruite que les cas où le mari souhaite plus d'enfants que la femme sont les plus fréquents (72 pour cent).

Tableau 11.22 Nombre idéal d'enfants pour les couples par caractéristiques différentielles

Répartition (en %) des couples selon que le mari et/ou la femme ont, ou non, pour idéal le même nombre d'enfants selon les caractéristiques différentielles du couple, EDS Niger 1992

Caractéristique différentielle du couple	Nombre idéal identique pour le mari et la femme	Idéal pour le mari > idéal pour la femme	Idéal pour la femme > idéal pour le mari	Total	Effectif
Age du mari/Age de la femme					
Négatif	4,1	69,6	26,3	100,0	20
0-4 ans	22,1	54,9	23,0	100,0	159
5-9 ans	12,7	64,0	23,3	100,0	420
10-14 ans	9,6	63,8	26,6	100,0	323
15 ans ou +	6,9	71,4	21,6	100,0	345
Type d'union					
Monogame	13,4	60,1	26,5	100,0	858
Polygame	7,2	75,0	17,8	100,0	410
Nombre d'enfants					
Identique	14,2	57,5	28,4	100,0	659
Différent	8,4	73,0	18,6	100,0	608
Niveau d'instruction					
Mari et femme: aucun	10,4	65,5	24,1	100,0	1071
Femme instruite, mari non	9,6	71,8	18,6	100,0	66
Mari instruit, femme non	22,2	57,2	20,6	100,0	82
Mari et femme instruits	17,5	56,1	26,4	100,0	50
Ensemble	11,4	64,9	23,7	100,0	1268

Note: Il s'agit uniquement des couples dans lesquels le mari et la femme ont donné une réponse numérique concernant le nombre idéal d'enfants.

CHAPITRE 12

DISPONIBILITE DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre de l'EDSN, en plus de l'enquête ménage et des enquêtes individuelles femme et mari, il a été décidé de mener une enquête communautaire dans chacune des 235 grappes sélectionnées, et portant sur l'existence d'infrastructures socio-économiques et sur la disponibilité de services de santé maternelle et infantile et de planning familial. Les informations recueillies, en fournissant une description des infrastructures sanitaires dont disposent les populations enquêtées, permettent de mieux comprendre la situation démographique et sanitaire du Niger décrite dans les chapitres précédents.

L'enquête communautaire consistait à interroger un groupe d'hommes et de femmes bien informés sur leur communauté, comme les autorités administratives et traditionnelles, les instituteur(trice)s, infirmier(e)s, sage-femmes, matrones, etc. Au cours de l'interview de ce groupe de personnes, pour chaque service communautaire retenu, l'enquêteur tentait d'identifier et de localiser le service le plus proche du lieu d'enquête, d'obtenir une estimation de la distance à parcourir et de la durée du trajet nécessaire pour l'atteindre et, pour les formations sanitaires, l'enquêteur cherchait à savoir quel type de services y étaient offerts. Par contre, l'EDSN n'a pas recueilli d'informations sur le fonctionnement de ces formations sanitaires, ni sur leur équipement, ni sur la qualité des prestations offertes : par conséquent, le terme disponibilité utilisé ici fait davantage référence à l'existence de formations sanitaires dans les localités enquêtées, ou à leur proximité, qu'à la disponibilité effective de services de santé.

Bien que l'enquête communautaire ait été réalisée au niveau de chaque grappe de l'échantillon, les données présentées ici ne se réfèrent pas directement aux 235 grappes. Elles sont analysées du point de vue de la population des femmes en union, enquêtées, qui sont considérées comme étant les premières utilisatrices des services de planning familial et des services de santé maternelle et infantile. Les femmes ont ainsi été rattachées aux grappes dans lesquelles elles avaient été enquêtées.

12.1 CARACTERISTIQUES DES LOCALITES RURALES

Un certain nombre d'informations spécifiques ont été recueillies dans les grappes situées en milieu rural dans le but d'estimer le niveau "d'isolement" de certaines populations. Il s'agit du type d'habitat, des voies d'accès à la localité, de la distance par rapport à la ville[1] la plus proche, des moyens de transport en commun habituellement utilisés. Ces données sont présentées au Tableau 12.1 par rapport aux femmes en union vivant dans ces localités.

En milieu rural, 50 pour cent des femmes en union vivent dans des villages à habitat dense, 39 pour cent vivent dans des villages à habitat dispersé et 3 pour cent habitent d'autres types de localité, essentiellement des hameaux situés le long des pistes ou des routes. Seulement 14 pour cent des femmes du milieu rural vivent dans des villages accessibles par des routes goudronnées; pour la grande majorité d'entre elles (75 pour cent), leur village n'est accessible que par des pistes (49 pour cent) ou des latérites (26 pour cent). Une proportion importante de femmes (46 pour cent) vivent dans des localités relativement éloignées de la ville la plus proche (plus de 30 kilomètres), 22 pour cent vivent à une distance comprise entre 15 et 29 kilomètres du centre urbain le plus proche et 23 pour cent à moins de 15 kilomètres. Pour se rendre au centre urbain le plus proche, près d'une femme sur deux (49 pour cent) ne dispose d'aucun moyen de transport en

[1] Selon la définition du RGP de 1988 (BCR, 1992).

commun et lorsqu'il en existe un, il s'agit principalement du taxi-brousse (34 pour cent), de l'autobus (9 pour cent), des charrettes (5 pour cent) et des camions/camionnettes (4 pour cent).

Dans l'ensemble, il apparaît donc qu'une proportion importante des femmes rurales nigériennes vivent dans des localités relativement isolées du fait, à la fois, de la distance qui les sépare de la ville la plus proche, du type de voie d'accès desservant la localité et du manque de moyen de transport.

Tableau 12.1 Caractéristiques des communautés rurales

Répartition (en %) des femmes rurales actuellement en union selon les caractéristiques de leur communauté, EDS Niger 1992

Caractéristique des communautés	Pourcentage
Type d'habitat	
Dense	49,8
Dispersé	38,6
Autre	3,1
Non déterminé	8,5
Voie d'accès	
Route goudronnée	14,2
Latérite	26,2
Piste	48,5
Voie d'eau	1,4
Sentier	1,0
Non déterminé	8,7
Distance de la ville la plus proche	
< 5 km	1,0
5-14 km	21,8
15-29 km	22,5
30 km ou +	46,1
Non déterminé	8,6
Principal moyen de transport en commun[1]	
Autobus	8,8
Taxi-brousse	33,9
Taxi	1,8
Camion/Camionnette	3,7
Charette	4,9
Pirogue	1,4
Aucun	49,3
Total	100,0
Effectif de femmes	4770

[1]*Les réponses multiples étant admises, la somme des pourcentages est supérieure à 100.*

12.2 SERVICES SOCIO-ECONOMIQUES

Le Tableau 12.2 présente la répartition de l'ensemble des femmes actuellement en union par distance à parcourir pour atteindre différents services socio-économiques, à savoir une école primaire, une école secondaire ou technique 1er cycle, une école secondaire ou technique 2nd cycle, un marché quotidien, un marché hebdomadaire, une boutique et un service régulier de transport en commun.

De manière générale, 78 pour cent des femmes en union vivent à moins de 5 kilomètres d'une école primaire; en milieu rural, elles sont 74 pour cent à habiter à proximité d'une école primaire, 22 pour cent des femmes vivent entre 5 et 14 kilomètres et seulement 4 pour cent vivent à 15 kilomètres et plus de ce genre d'établissement. Les écoles secondaires ou techniques 1er et 2nd cycles étant généralement installées dans les centres urbains, la moitié des femmes du milieu rural doivent parcourir une distance de 30 kilomètres et plus (distance médiane) pour atteindre une école du 1er cycle et une distance de 87 kilomètres pour atteindre une école secondaire 2nd cycle.

Dans l'ensemble, plus du tiers des femmes en union (36 pour cent) vivent éloignées (plus de 15 kilomètres) de localités où se tiennent des marchés quotidiens, il s'agit essentiellement de femmes du milieu rural (42 pour cent); pour ces dernières, la distance médiane s'établit à 14 kilomètres. Cependant, plus de quatre femmes sur dix en milieu rural (44 pour cent) vivent à moins de 5 kilomètres d'un marché hebdomadaire. Par ailleurs, une femme du milieu rural sur trois (32 pour cent) habite à 15 kilomètres et plus d'une boutique : la distance médiane pour atteindre une boutique est d'environ 8 kilomètres en milieu rural.

Enfin, si la grande majorité des femmes du milieu urbain (92 pour cent) vivent à moins de 5 kilomètres d'un service régulier de transport en commun, en milieu rural, seulement 27 pour cent des femmes en union vivent à proximité de ce type de service et la moitié des femmes rurales ont à parcourir un minimum de 9 kilomètres pour atteindre un moyen de transport en commun régulier.

Tableau 12.2 Distance par rapport aux services socio-économiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux services socio-économiques et distance médiane par service selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Service socio-économique	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 ou +	ND	Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en km)
Ecole primaire	Niamey	97,7	0,0	0,0	0,0	2,3	100,0	271	0,6
	Autres villes	99,0	1,0	0,0	0,0	0,0	100,0	520	0,6
	Ensemble urbain	98,6	0,6	0,0	0,0	0,8	100,0	791	0,6
	Rural	74,1	21,5	2,3	2,1	0,0	100,0	4770	1,0
	Ensemble	77,6	18,6	1,9	1,8	0,1	100,0	5561	0,9
Ecole secondaire/ Technique 1er cycle	Niamey	85,7	9,3	2,7	0,0	2,3	100,0	271	1,1
	Autres villes	96,1	3,9	0,0	0,0	0,0	100,0	520	0,9
	Ensemble urbain	92,5	5,8	0,9	0,0	0,8	100,0	791	0,9
	Rural	8,3	17,8	22,4	50,8	0,7	100,0	4770	30,2
	Ensemble	20,3	16,1	19,4	43,6	0,7	100,0	5561	25,6
Ecole secondaire/ Technique 2nd cycle	Niamey	55,8	26,0	16,0	0,0	2,3	100,0	271	1,9
	Autres villes	45,4	6,0	2,5	46,1	0,0	100,0	520	8,5
	Ensemble urbain	49,0	12,8	7,1	30,3	0,8	100,0	791	5,1
	Rural	9,2	5,2	6,6	78,5	0,7	100,0	4770	86,6
	Ensemble	14,8	6,2	6,6	71,6	0,7	100,0	5561	80,9
Marché journalier	Niamey	86,8	8,2	2,7	0,0	2,3	100,0	271	0,7
	Autres villes	92,4	4,1	0,0	2,4	1,1	100,0	520	0,6
	Ensemble urbain	90,5	5,5	0,9	1,6	1,5	100,0	791	0,6
	Rural	30,9	14,1	13,1	29,0	12,9	100,0	4770	13,9
	Ensemble	39,4	12,9	11,4	25,1	11,3	100,0	5561	7,6
Marché hebdomadaire	Autres villes	92,3	5,7	0,0	2,0	0,0	100,0	520	0,8
	Rural	44,3	45,8	9,3	0,6	0,0	100,0	4770	6,0
Boutique	Niamey	92,6	2,4	2,7	0,0	2,3	100,0	271	0,5
	Autres villes	98,0	2,0	0,0	0,0	0,0	100,0	520	0,5
	Ensemble urbain	96,2	2,1	0,9	0,0	0,8	100,0	791	0,5
	Rural	39,5	27,7	17,3	14,3	1,2	100,0	4770	7,5
	Ensemble	47,5	24,0	15,0	12,3	1,1	100,0	5561	5,6
Service régulier de transport en commun	Niamey	85,1	9,9	2,7	0,0	2,3	100,0	271	0,6
	Autres villes	95,9	4,1	0,0	0,0	0,0	100,0	520	0,8
	Ensemble urbain	92,2	6,1	0,9	0,0	0,8	100,0	791	0,8
	Rural	26,7	38,8	14,6	15,9	3,9	100,0	4770	9,0
	Ensemble	36,1	34,2	12,7	13,7	3,4	100,0	5561	7,6

[a] Y compris les services qui sont "sur place"

Au Tableau 12.3 figure la répartition des femmes en union selon le moyen de transport le plus utilisé pour atteindre les différents services socio-économiques. Les données concernent uniquement les femmes pour lesquelles le service en question ne se trouve pas "sur place." Dans l'ensemble, lorsque les services sont à proximité, les femmes se déplacent le plus souvent à pied, et en véhicule à moteur lorsque les services sont éloignés. Cependant, en milieu rural, on peut remarquer que malgré l'éloignement des infrastructures, les femmes se déplacent souvent à pied. Par exemple, dans le cas des marchés quotidiens, bien qu'ils se trouvent à une distance de 15 kilomètres et plus pour 42 pour cent des femmes rurales, et que la distance médiane soit de 14 kilomètres, 40 pour cent des femmes s'y rendent à pied. De même, pour les boutiques situées à 15 kilomètres et plus pour 32 pour cent des femmes du milieu rural, et à une distance médiane de 8 kilomètres, 74 pour cent des femmes s'y rendent à pied.

Tableau 12.3 Principal moyen de transport

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par moyen de transport principal utilisé pour atteindre chaque service socio-économique selon le milieu de résidence, *EDS Niger 1992*

Service socio-économique	Milieu de résidence	Moyens de transport					ND	Total	Effectif de femmes
		Vehicule à moteur	Vélo	Dos d'animal	A pied	Autre			
Ecole primaire	Niamey	0,0	0,0	0,0	80,6	0,0	19,4	100,0	32
	Autres villes	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	94
	Ensemble urbain	0,0	0,0	0,0	95,1	0,0	4,9	100,0	125
	Rural	3,5	1,4	0,2	93,6	1,3	0,0	100,0	2387
	Ensemble	3,3	1,3	0,2	93,7	1,2	0,2	100,0	2512
Ecole secondaire/ Technique 1er cycle	Niamey	9,5	0,0	0,0	86,5	0,0	4,0	100,0	153
	Autres villes	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	230
	Ensemble urbain	3,8	0,0	0,0	94,6	0,0	1,6	100,0	382
	Rural	54,8	0,0	3,1	36,3	1,8	3,9	100,0	4409
	Ensemble	50,7	0,0	2,9	41,0	1,7	3,7	100,0	4792
Ecole secondaire/ Technique 2nd cycle	Niamey	43,4	0,0	0,0	46,2	0,0	10,5	100,0	194
	Autres villes	59,0	0,0	0,0	41,0	0,0	0,0	100,0	428
	Ensemble urbain	54,1	0,0	0,0	42,6	0,0	3,3	100,0	623
	Rural	84,8	0,8	0,5	10,9	0,0	3,0	100,0	4333
	Ensemble	81,0	0,7	0,4	14,8	0,0	3,1	100,0	4956
Marché journalier	Niamey	17,8	0,0	0,0	75,1	0,0	7,1	100,0	87
	Autres villes	12,0	0,0	0,0	84,1	0,0	4,0	100,0	141
	Ensemble urbain	14,2	0,0	0,0	80,6	0,0	5,2	100,0	228
	Rural	37,9	0,3	1,8	39,7	1,5	18,8	100,0	3414
	Ensemble	36,4	0,3	1,7	42,2	1,4	18,0	100,0	3642
Marché hebdomadaire	Autres villes	7,6	0,0	0,0	92,4	0,0	0,0	100,0	196
	Rural	4,1	1,4	2,1	84,1	4,2	4,1	100,0	3609
Boutique	Niamey	0,0	0,0	0,0	78,9	0,0	21,1	100,0	29
	Autres villes	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	31
	Ensemble urbain	0,0	0,0	0,0	89,7	0,0	10,3	100,0	60
	Rural	16,6	1,0	3,1	74,2	2,4	2,7	100,0	3277
	Ensemble	16,3	1,0	3,1	74,5	2,3	2,8	100,0	3337
Service régulier de transport en commun	Niamey	38,5	0,0	0,0	53,4	0,0	8,1	100,0	76
	Autres villes	7,0	0,0	0,0	93,0	0,0	0,0	100,0	212
	Ensemble urbain	15,3	0,0	0,0	82,6	0,0	2,1	100,0	288
	Rural	17,3	0,9	3,0	69,5	3,3	6,0	100,0	3922
	Ensemble	17,2	0,8	2,8	70,4	3,1	5,7	100,0	4210

Note: Le tableau concerne uniquement les femmes pour lesquelles le service ne se trouve pas "sur place."

Le Tableau 12.4 présente la répartition de l'ensemble des femmes actuellement en union selon le temps nécessaire pour atteindre les différents services socio-économiques, en utilisant le moyen de transport le plus courant. On retrouve ici des différences du même type que pour les distances. Globalement, en milieu urbain, le temps nécessaire pour atteindre les différents services est très limité (médiane de moins de 5 minutes), sauf dans le cas des écoles secondaires ou techniques du 2[nd] cycle, en nombre limité, pour lesquelles le temps médian est de 30 minutes. En milieu rural, par contre, compte tenu de la dispersion de la population et, parfois, de l'insuffisance de certains services, les habitants des villages mettent beaucoup plus de temps pour les atteindre que ceux des villes. Ainsi, pour atteindre les écoles secondaires, le temps médian est voisin de 2 heures (120 minutes), et il est voisin de 1 heure (60 minutes) pour atteindre les marchés, les boutiques et les services réguliers de transport en commun. C'est seulement dans le cas des écoles primaires que la durée de trajet est relativement courte en milieu rural (médiane de 6 minutes), même si 18 pour cent des femmes mettent plus d'une heure pour les atteindre.

Tableau 12.4 Temps de trajet pour atteindre les services socio-économiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre les services socio-économiques et temps médian par service spécifique selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Service socio-économique	Milieu de résidence	Temps (en minutes)						Effectif de femmes	Temps médian (en min)
		0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 ou +	ND	Total		
Ecole primaire	Niamey	97,7	0,0	0,0	0,0	2,3	100,0	271	0,6
	Autres villes	88,4	8,3	3,3	0,0	0,0	100,0	520	0,6
	Ensemble urbain	91,6	5,4	2,2	0,0	0,8	100,0	791	0,6
	Rural	53,0	10,9	18,4	17,7	0,0	100,0	4770	6,0
	Ensemble	58,5	10,1	16,1	15,2	0,1	100,0	5561	0,9
Ecole secondaire/ Technique 1[er] cycle	Niamey	68,5	19,2	7,4	2,7	2,3	100,0	271	5,4
	Autres villes	72,7	19,0	7,3	1,0	0,0	100,0	520	0,9
	Ensemble urbain	71,3	19,1	7,3	1,6	0,8	100,0	791	1,0
	Rural	12,5	8,1	14,7	63,0	1,7	100,0	4770	120,1
	Ensemble	20,8	9,6	13,7	54,3	1,6	100,0	5561	90,6
Ecole secondaire/ Technique 2[nd] cycle	Niamey	68,0	12,4	7,3	4,9	7,5	100,0	271	10,3
	Autres villes	29,0	13,8	26,7	30,5	0,0	100,0	520	50,3
	Ensemble urbain	42,3	13,3	20,0	21,7	2,6	100,0	791	30,0
	Rural	9,2	3,3	12,5	73,6	1,4	100,0	4770	120,2
	Ensemble	13,9	4,8	13,6	66,2	1,6	100,0	5561	120,2
Marché journalier	Niamey	87,4	0,0	7,6	2,7	2,3	100,0	271	0,7
	Autres villes	86,7	4,7	4,1	3,3	1,1	100,0	520	0,7
	Ensemble urbain	86,9	3,1	5,3	3,1	1,5	100,0	791	0,7
	Rural	32,0	5,8	10,5	38,9	12,9	100,0	4770	60,5
	Ensemble	39,8	5,4	9,8	33,8	11,3	100,0	5561	30,7
Marché hebdomadaire	Autres villes	77,0	13,5	6,5	3,0	0,0	100,0	520	0,8
	Rural	27,6	8,1	24,6	38,7	1,1	100,0	4770	60,3
Boutique	Niamey	90,1	0,0	4,9	2,7	2,3	100,0	271	0,5
	Autres villes	96,1	2,0	1,0	1,0	0,0	100,0	520	0,5
	Ensemble urbain	94,0	1,3	2,3	1,6	0,8	100,0	791	0,5
	Rural	33,9	7,6	16,1	39,9	2,5	100,0	4770	60,1
	Ensemble	42,5	6,7	14,1	34,4	2,2	100,0	5561	30,9
Service régulier de transport en commun	Niamey	88,3	4,3	2,4	2,7	2,3	100,0	271	0,7
	Autres villes	71,2	24,6	3,2	1,0	0,0	100,0	520	0,8
	Ensemble urbain	77,1	17,7	2,9	1,6	0,8	100,0	791	0,8
	Rural	18,5	9,9	21,0	46,7	3,9	100,0	4770	60,9
	Ensemble	26,8	11,0	18,4	40,3	3,4	100,0	5561	60,4

[a]Y compris les services qui sont "sur place," pour lesquels le temps est supposé égal à 0

12.3 FORMATIONS SANITAIRES

L'objectif principal de l'enquête était de collecter des informations sur la disponibilité des formations sanitaires et sur le type de services offerts. Les données présentées ici portent sur les neuf catégories de formations sanitaires suivantes : hôpital public, hôpital privé ou clinique, centre de protection maternelle et infantile (PMI), centre médical public, dispensaire public, maternité, cabinet de médecin privé ou dispensaire privé, pharmacie et dépôt pharmaceutique. Cette liste ne correspond peut-être pas à la nomenclature officielle des formations sanitaires, mais elle répondait au souci de faciliter la collecte des données sur le terrain par l'utilisation des appellations habituellement employées et connues des populations. Il convient toutefois de noter qu'en ce qui concerne les maternités, bien qu'elles aient été considérées dans le cadre de cette enquête comme des formations sanitaires publiques spécifiques, il en existe également en tant que service dans des hôpitaux publics et privés ou comme formation sanitaire privée.

12.3.1 Disponibilité des formations sanitaires

Au cours de l'EDSN, pour chaque catégorie de formation sanitaire, on a demandé au groupe de personnes interrogées où se trouvait la formation la plus proche, la distance à parcourir pour s'y rendre, le moyen de transport le plus utilisé et le temps requis pour l'atteindre.

Le Tableau 12.5 donne la répartition des femmes actuellement en union par distance à parcourir pour se rendre à chaque formation sanitaire spécifique la plus proche, et le Tableau 12.6 présente le même type de données selon le temps nécessaire pour atteindre cette formation. Il ressort du Tableau 12.5 qu'en milieu urbain, et plus particulièrement à Niamey, la grande majorité des femmes vivent à moins de 15 kilomètres de chaque type de formation sanitaire, la distance médiane variant de moins de 1 kilomètre pour les PMI à un maximum de 8 kilomètres pour les hôpitaux publics. Cependant, dans le cas des hôpitaux privés ou cliniques, la grande majorité des femmes des "autres villes" (69 pour cent) en sont très éloignées (30 kilomètres et plus), le distance médiane étant de 97 kilomètres. Du point de vue du temps requis pour atteindre les différentes formations sanitaires (Tableau 12.6), pour les femmes urbaines, la médiane ne dépasse un quart d'heure que dans le cas des hôpitaux publics (31 minutes) et des hôpitaux privés ou cliniques pour lesquels la durée médiane est de 110 minutes.

En milieu rural, comme on devait s'y attendre, la majorité des femmes en union sont éloignées des services de santé (Tableau 12.5) : plus de 80 pour cent d'entre elles vivent à 30 kilomètres et plus d'un hôpital qu'il soit public ou privé. Les distances médianes varient de 12 kilomètres pour les dispensaires publics qui sont des infrastructures sanitaires assez répandues en milieu rural à 97 kilomètres pour les cabinets de médecin privé et les hôpitaux (privé ou public). En ce qui concerne la durée du trajet nécessaire aux femmes du milieu rural pour atteindre les formations sanitaires (Tableau 12.6), le temps médian, pratiquement invariable, est voisin de 2 heures (110 minutes) quelle que soit la formation sanitaire.

Ainsi, pour les femmes du milieu rural, l'éloignement des infrastructures sanitaires, combiné à la rareté des moyens de transport en commun et à la difficulté des voies de communication, constituent un ensemble de facteurs limitant leur accès aux services de santé maternelle et infantile et aux services de planning familial.

Tableau 12.5 Distance par rapport aux formations sanitaires

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires et distance médiane par formation spécifique selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Formation sanitaire	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 ou +	ND	Total	Effectif de femmes	Distance médiane[b] (en km)
Hôpital public	Niamey	26,7	40,5	30,6	0,0	2,3	100,0	271	8,4
	Autres villes	43,0	9,7	2,5	44,9	0,0	100,0	520	8,5
	Ensemble urbain	37,4	20,2	12,1	29,5	0,8	100,0	791	8,5
	Rural	0,7	4,9	7,4	81,8	5,2	100,0	4770	97,1
	Ensemble	6,0	7,0	8,0	74,4	4,6	100,0	5561	97,1
Hôpital privé/ Clinique	Niamey	48,0	27,1	9,6	5,8	9,4	100,0	271	4,1
	Autres villes	4,5	1,1	0,0	69,3	25,1	100,0	520	97,4
	Ensemble urbain	19,4	10,0	3,3	47,5	19,7	100,0	791	97,0
	Rural	0,9	1,2	2,0	80,0	15,9	100,0	4770	97,4
	Ensemble	3,6	2,5	2,2	75,4	16,4	100,0	5561	97,3
PMI	Niamey	86,5	8,5	2,7	0,0	2,3	100,0	271	1,3
	Autres villes	84,4	2,0	0,0	4,7	8,9	100,0	520	0,9
	Ensemble urbain	85,2	4,2	0,9	3,1	6,6	100,0	791	0,9
	Rural	4,8	20,5	22,1	39,2	13,4	100,0	4770	26,0
	Ensemble	16,2	18,1	19,1	34,1	12,4	100,0	5561	23,7
Centre médical public	Niamey	45,0	36,1	15,1	0,0	3,8	100,0	271	5,4
	Autres villes	70,0	2,2	13,2	6,2	8,4	100,0	520	1,0
	Ensemble urbain	61,5	13,8	13,9	4,1	6,8	100,0	791	3,2
	Rural	2,9	15,6	22,9	51,7	6,9	100,0	4770	30,8
	Ensemble	11,3	15,3	21,6	44,9	6,9	100,0	5561	28,1
Dispensaire public	Niamey	46,3	31,4	17,7	0,0	4,5	100,0	271	5,2
	Autres villes	43,0	3,2	18,4	9,1	26,3	100,0	520	3,3
	Ensemble urbain	44,1	12,9	18,2	6,0	18,8	100,0	791	3,8
	Rural	15,1	39,9	26,7	13,0	5,3	100,0	4770	11,7
	Ensemble	19,2	36,0	25,5	12,0	7,3	100,0	5561	11,4
Maternité	Niamey	48,0	41,8	8,0	0,0	2,3	100,0	271	5,1
	Autres villes	80,1	2,0	0,0	4,7	13,2	100,0	520	1,1
	Ensemble urbain	69,1	15,6	2,7	3,1	9,5	100,0	791	2,1
	Rural	5,4	17,1	22,7	40,3	14,5	100,0	4770	27,3
	Ensemble	14,4	16,9	19,8	35,0	13,8	100,0	5561	22,5
Médecin/ Dispensaire privé	Niamey	75,4	12,3	4,9	0,0	7,5	100,0	271	1,5
	Autres villes	28,4	4,7	2,5	28,3	36,2	100,0	520	7,9
	Ensemble urbain	44,5	7,3	3,3	18,6	26,3	100,0	791	3,1
	Rural	0,0	5,2	10,3	63,1	21,4	100,0	4770	97,2
	Ensemble	6,3	5,5	9,3	56,8	22,1	100,0	5561	97,1
Pharmacie	Niamey	65,7	22,0	10,0	0,0	2,3	100,0	271	2,0
	Autres villes	72,2	4,1	2,5	20,1	1,1	100,0	520	2,7
	Ensemble urbain	70,0	10,3	5,0	13,2	1,5	100,0	791	2,5
	Rural	1,8	14,7	13,7	61,2	8,6	100,0	4770	50,1
	Ensemble	11,5	14,1	12,5	54,4	7,6	100,0	5561	42,8
Depôt pharmaceutique	Rural	12,3	28,5	27,3	19,7	12,1	100,0	4770	15,7

[a] Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"
[b] Calculée en excluant les distances non-déterminées

Tableau 12.6 Temps de trajet pour atteindre les formations sanitaires

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre les formations sanitaires et temps médian par formation spécifique selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Formation sanitaire	Milieu de résidence	Temps (en minutes) 0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 ou +	ND	Total	Effectif de femmes	Temps médian[b] (en min)
Hôpital public	Niamey	42,7	41,1	6,2	6,9	3,1	100,0	271	20,0
	Autres villes	15,7	22,5	25,3	34,1	2,5	100,0	520	60,0
	Ensemble urbain	24,9	28,8	18,8	24,8	2,7	100,0	791	30,7
	Rural	0,7	3,3	10,1	79,9	6,0	100,0	4770	110,3
	Ensemble	4,2	7,0	11,3	72,0	5,5	100,0	5561	110,3
Hôpital privé/ Clinique	Niamey	65,2	9,0	4,8	10,7	10,2	100,0	271	9,9
	Autres villes	5,6	8,2	1,3	59,8	25,1	100,0	520	110,4
	Ensemble urbain	26,1	8,5	2,5	43,0	20,0	100,0	791	110,0
	Rural	1,6	2,2	6,2	73,3	16,8	100,0	4770	110,4
	Ensemble	5,1	3,1	5,6	69,0	17,2	100,0	5561	110,4
PMI	Niamey	82,6	10,2	1,3	2,7	3,1	100,0	271	5,2
	Autres villes	62,6	18,6	6,5	1,0	11,3	100,0	520	0,9
	Ensemble urbain	69,4	15,7	4,7	1,6	8,5	100,0	791	1,0
	Rural	7,5	8,8	18,8	50,3	14,6	100,0	4770	110,1
	Ensemble	16,3	9,8	16,8	43,4	13,7	100,0	5561	80,2
Centre médical public	Niamey	71,3	22,1	0,0	2,7	3,8	100,0	271	11,0
	Autres villes	61,4	18,6	9,7	2,0	8,4	100,0	520	1,0
	Ensemble urbain	64,8	19,8	6,3	2,2	6,8	100,0	791	10,6
	Rural	3,9	8,6	16,4	60,7	10,4	100,0	4770	110,2
	Ensemble	12,6	10,2	15,0	52,4	9,9	100,0	5561	110,0
Dispensaire public	Niamey	76,3	15,1	1,3	2,7	4,5	100,0	271	10,8
	Autres villes	44,1	15,0	12,1	2,5	26,3	100,0	520	15,5
	Ensemble urbain	55,2	15,0	8,4	2,6	18,8	100,0	791	15,2
	Rural	9,5	8,4	18,5	56,6	7,0	100,0	4770	110,1
	Ensemble	16,0	9,3	17,1	49,0	8,7	100,0	5561	90,5
Maternité	Niamey	75,6	14,5	4,0	2,7	3,1	100,0	271	9,9
	Autres villes	67,6	8,6	8,2	0,0	15,7	100,0	520	5,7
	Ensemble urbain	70,3	10,6	6,8	0,9	11,4	100,0	791	9,6
	Rural	8,5	10,5	15,4	49,5	16,1	100,0	4770	110,1
	Ensemble	17,3	10,5	14,2	42,6	15,4	100,0	5561	80,2
Médecin/ Dispensaire privé	Niamey	77,3	11,4	0,0	2,7	8,6	100,0	271	5,4
	Autres villes	23,2	4,3	11,3	25,0	36,2	100,0	520	45,6
	Ensemble urbain	41,7	6,8	7,4	17,4	26,7	100,0	791	15,1
	Rural	3,7	5,1	4,6	64,7	21,9	100,0	4770	110,4
	Ensemble	9,1	5,4	5,0	57,9	22,6	100,0	5561	110,3
Pharmacie	Niamey	71,0	17,5	6,6	2,7	2,3	100,0	271	6,8
	Autres villes	45,1	25,0	16,4	12,4	1,1	100,0	520	20,7
	Ensemble urbain	54,0	22,4	13,0	9,1	1,5	100,0	791	15,4
	Rural	5,4	4,4	14,7	66,4	9,1	100,0	4770	110,2
	Ensemble	12,3	7,0	14,5	58,3	8,0	100,0	5561	110,1
Depôt pharmaceutique	Rural	9,6	9,8	16,3	51,2	13,1	100,0	4770	110,0

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place," pour lesquelles le temps est supposé égal à 0
[b]Calculée en excluant les temps de trajet non-déterminés

12.3.2 Disponibilité des services de planning familial

On a demandé au groupe de personnes interrogées si chacune des formations sanitaires offrait des services de planning familial. Le Tableau 12.7 présente, pour chaque milieu de résidence, la répartition des femmes en union selon le type de formation sanitaire le plus proche fournissant des services de planning familial. A Niamey, pour plus de quatre femmes en union sur dix (45 pour cent), ce sont les centres de PMI qui sont les établissements les plus facilement accessibles, en termes de distance, pour obtenir des services de planning familial; les pharmacies viennent en deuxième position pour 17 pour cent des femmes, suivies par les hôpitaux ou cliniques privées (13 pour cent). Dans les "autres villes," les PMI (69 pour cent) sont les établissements les plus proches pour des services de planning familial, suivis par les centres médicaux publics (15 pour cent). En milieu rural, les PMI (51 pour cent) et les dispensaires publics (19 pour cent) sont les deux formations sanitaires les plus proches pour obtenir ce type de services.

Tableau 12.7 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la formation sanitaire la plus proche offrant des services de planning familial par milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Formation sanitaire										
Milieu de résidence	Hôpital public	Hôpital privé/ Clinique	PMI	Centre médical public	Dispen-saire public	Maternité	Médecin/ Dispensaire privé	Phar-macie	Dépot pharma-ceutique	Total	Effectif de femmes
Niamey	5,2	12,9	44,9	9,7	2,1	5,4	3,2	16,6	0,0	100,0	265
Autre villes	6,2	2,3	68,9	14,6	2,2	2,7	0,0	3.3	0,0	100,0	520
Ensemble urbain	5,9	5,9	60,8	12,9	2,1	3,6	1,1	7,7	0,0	100,0	785
Rural	10,7	1,6	51,0	6,7	19,3	2,5	0,8	2,5	4,9	100,0	4556
Ensemble	10,0	2,3	52,4	7,6	16,8	2,6	0,8	3,3	4,2	100,0	5341

Pour atteindre les formations sanitaires offrant des services de planning familial, la grande majorité des femmes du milieu urbain (97 pour cent) n'ont à parcourir qu'une courte distance, inférieure à 5 kilomètres (Tableau 12.8). Par contre, 57 pour cent des femmes du milieu rural ont à parcourir une distance supérieure à 15 kilomètres pour accéder aux services de planning familial et la distance médiane s'établit à 18 kilomètres; le temps nécessaire pour se rendre auprès de ces services est supérieur à 1 heure pour 53 pour cent des femmes et le temps médian est de 1 heure et demi (91 minutes).

Tableau 12.8 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de planning familial

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires offrant des services de planning familial et distance médiane, et selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre ces formations sanitaires et temps médian, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

DISTANCE

Milieu de résidence	Distance (en kilomètres)				Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en km)
	0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 ou +			
Niamey	94,8	2,4	2,8	0,0	100,0	265	0,8
Autre villes	98,0	2,0	0,0	0,0	100,0	520	0,7
Ensemble urbain	96,9	2,1	0,9	0,0	100,0	785	0,7
Rural	12,8	30,4	27,7	29,1	100,0	4556	17,7
Total	25,2	26,2	23,8	24,8	100,0	5341	13,1

TEMPS

Milieu de résidence	*Temps (en minutes)*				Total[b]	*Effectif* de femmes	*Temps* médian (en min)
	0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 ou +			
Niamey	92,0	5,2	0,0	2,8	100,0	265	0,8
Autre villes	82,6	15,5	1,0	1,0	100,0	520	0,7
Ensemble urbain	85,7	12,0	0,7	1,6	100,0	785	0,7
Rural	9,9	10,6	25,8	52,9	100,0	4556	90,5
Total	21,1	10,8	22,1	45,4	100,0	5341	60,7

[a]Y compris les services qui sont "sur place"
[b]Y compris les "non déterminés"

12.3.3 Disponibilité des services de santé maternelle et infantile

Afin de déterminer si les formations sanitaires offraient des services de santé maternelle et infantile, l'enquêteur demandait aux personnes interrogées si chaque formation sanitaire spécifique assurait les soins prénatals, les accouchements, les soins postnatals, les consultations de nourrissons, les consultations nutritionnelles et les vaccinations. Le Tableau 12.9 présente à ce propos, pour chaque milieu de résidence, la répartition des femmes en union selon le type de formation sanitaire le plus proche fournissant des services de santé maternelle et infantile. A Niamey, les formations sanitaires les plus proches offrant des services de santé maternelle et infantile sont les PMI pour 38 pour cent des femmes, suivies par les hôpitaux ou cliniques privés (28 pour cent) et par les hôpitaux publics (12 pour cent). Dans les "autres villes," ce sont également les PMI (73 pour cent) qui viennent en tête des formations sanitaires les plus accessibles, en termes de distance, pour les soins de la mère et de l'enfant, suivis par les hôpitaux publics (10 pour cent) et les centres médicaux publics (8 pour cent). En milieu rural, les dispensaires publics (45 pour cent) et les centres de PMI (32 pour cent) sont les deux formations sanitaires les plus proches pour obtenir des soins pour la mère et l'enfant.

Tableau 12.9 Formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la formation sanitaire la plus proche offrant des services de santé maternelle et infantile par milieu de résidence, EDS Niger 1992

Milieu de résidence	Formation sanitaire: Hôpital public	Hôpital privé/ Clinique	PMI	Centre médical public	Dispen-saire public	Ma-ternité	Médecin/ Dispensaire privé	Total	Effectif de femmes
Niamey	12,4	28,4	37,5	9,7	2,1	5,4	4,5	100,0	265
Autre villes	9,5	2,3	73,1	8,1	4,4	2,7	0,0	100,0	520
Ensemble urbain	10,5	11,1	61,1	8,6	3,6	3,6	1,5	100,0	785
Rural	5,1	2,2	32,4	4,6	45,4	8,7	1,7	100,0	4770
Total	5,8	3,4	36,4	5,2	39,5	8,0	1,7	100,0	5555

En terme de distance et de temps de trajet pour accéder à ces formations sanitaires, il apparaît au Tableau 12.10 que la grande majorité des femmes urbaines vivent très près (moins de 5 kilomètres) des services de santé maternelle et infantile : plus de la moitié des femmes disposent de ce type de service sur place, c'est-à-dire dans leur localité ou dans leur quartier (distance médiane inférieure à 1 kilomètre et temps de trajet médian inférieur à 1 minute). En milieu rural, 38 pour cent des femmes vivent à plus de 15 kilomètres de la formation sanitaire la plus proche assurant les soins de santé de la mère et de l'enfant, et la distance médiane est de 11 kilomètres. La durée médiane du trajet pour atteindre ces services est de 2 heures.

Tableau 12.10 Distance et temps de trajet pour atteindre des services de santé maternelle et infantile

Répartition (en %) des femmes actuellement en union selon la distance par rapport aux formations sanitaires offrant des services de santé maternelle et infantile et distance médiane, et selon le temps de trajet nécessaire pour atteindre ces formations sanitaires et temps médian, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

DISTANCE

Milieu de résidence	Distance (en kilomètres): 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	30 ou +	Total	Effectif de femmes	Distance médiane (en km)
Niamey	94,8	2,4	2,8	0,0	100,0	265	0,8
Autre villes	93,3	2,0	4,7	0,0	100,0	520	0,8
Ensemble urbain	93,8	2,1	4,1	0,0	100,0	785	0,8
Rural	17,7	44,8	27,8	9,7	100,0	4770	11,2
Total	28,5	38,7	24,5	8,3	100,0	5555	10,3

TEMPS

Milieu de résidence	Temps (en minutes): 0 à 15[a]	16 à 30	31 à 60	61 ou +	Total[b]	Effectif de femmes	Temps médian (en min)
Niamey	87,2	10,0	0,0	2,8	100,0	265	0,8
Autre villes	80,1	15,5	3,4	1,0	100,0	520	0,8
Ensemble urbain	82,5	13,6	2,3	1,6	100,0	785	0,8
Rural	11,1	9,4	21,5	57,0	100,0	4770	120,0
Total	21,2	10,0	18,8	49,2	100,0	5555	61,0

[a]Y compris les services qui sont "sur place"
[b]Y compris les "non déterminés"

Au Tableau 12.11 figurent les distances pour atteindre les formations sanitaires les plus proches assurant les soins de santé maternelle et infantile, par rapport aux enfants de moins de 5 ans, selon que leur mère a bénéficié ou non de soins prénatals et d'une assistance à l'accouchement et selon qu'ils ont été vaccinés ou non. Pour la grande majorité des naissances des cinq dernières années pour lesquelles la mère a reçu des soins prénatals et a été assistée par un professionnel de la santé pendant l'accouchement, les services de santé maternelle et infantile se situent à proximité du lieu de résidence: dans 96 pour cent des cas en milieu urbain et 74 pour cent des cas en milieu rural, ces services se situent à moins de 5 kilomètres du lieu de résidence et, au niveau national, la distance médiane est inférieure à 1 kilomètre. En ce qui concerne les naissances pour lesquelles la mère n'a pas reçu des soins prénatals et n'a pas été assistée pendant

Tableau 12.11 Distance par rapport au service de santé maternelle et infantile le plus proche, en fonction des soins prénatals et de la couverture vaccinale

Répartition (en %) des naissances ayant eu lieu 1 à 59 mois avant l'enquête, de celles pour lesquelles les mères ont reçu ou non des soins prénatals (SP) pendant la grossesse et de celles pour lesquelles les mères ont bénéficié d'une assistance médicale pendant l'accouchement (AA), et répartition (en %) des enfants de 1-4 ans ayant reçu toutes les vaccinations du PEV et de ceux n'en ayant reçu aucune, selon la distance par rapport à la formation sanitaire la plus proche dans un rayon de 30 kilomètres offrant des services de santé maternelle et infantile selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Catégorie d'enfants	Milieu de résidence	Distance (en kilomètres) 0 à 4[a]	5 à 14	15 à 29	Pas de service dans les 30 kilomètres	ND	Total	Effectif d'enfants	Distance médiane[b] (en km)
Ensemble des naissances	Niamey	93,9	2,5	2,1	0,0	1,5	100,0	361	0,8
	Autres villes	93,3	2,0	4,7	0,0	0,0	100,0	735	0,8
	Ensemble urbain	93,5	2,2	3,8	0,0	0,5	100,0	1096	0,8
	Rural	17,1	46,6	26,5	1,4	8,3	100,0	5998	10,6
	Ensemble	28,9	39,7	23,0	1,2	7,1	100,0	7094	8,6
Naissances avec SP et AA	Niamey	96,0	2,0	0,4	0,0	1,6	100,0	276	0,8
	Autres villes	95,7	0,2	4,1	0,0	0,0	100,0	473	0,7
	Ensemble urbain	95,8	0,9	2,7	0,0	0,6	100,0	749	0,7
	Rural	73,8	19,5	4,3	0,0	2,4	100,0	232	0,9
	Ensemble	90,6	5,3	3,1	0,0	1,0	100,0	981	0,8
Naissances avec SP ou AA	Niamey	91,0	3,7	3,7	0,0	1,6	100,0	61	0,9
	Autres villes	86,4	5,2	8,4	0,0	0,0	100,0	147	0,8
	Ensemble urbain	87,7	4,8	7,0	0,0	0,5	100,0	208	0,8
	Rural	36,5	47,3	13,1	0,1	3,0	100,0	1027	6,3
	Ensemble	45,1	40,2	12,0	0,1	2,6	100,0	1234	5,4
Naissances sans SP ni AA	Niamey	77,0	5,4	17,6	0,0	0,0	100,0	24	1,5
	Autres villes	92,4	5,3	2,2	0,0	0,0	100,0	115	1,0
	Ensemble urbain	89,8	5,3	4,9	0,0	0,0	100,0	139	1,0
	Rural	10,2	47,8	30,5	1,8	9,7	100,0	4740	11,4
	Ensemble	12,5	46,6	29,8	1,7	9,5	100,0	4879	11,2
Enfants 1-4 ans avec tous vaccins du PEV	Niamey	96,4	2,4	0,0	0,0	1,2	100,0	133	0,8
	Autres villes	95,3	2,8	1,9	0,0	0,0	100,0	184	0,7
	Ensemble urbain	95,7	2,6	1,1	0,0	0,5	100,0	317	0,8
	Rural	35,9	31,9	29,4	0,4	2,4	100,0	350	8,0
	Ensemble	64,3	18,0	16,0	0,2	1,5	100,0	667	1,9
Enfants 1-4 ans avec aucun vaccin du PEV	Niamey	78,0	4,9	17,1	0,0	0,0	100,0	13	1,2
	Autres villes	89,1	4,2	6,7	0,0	0,0	100,0	61	0,9
	Ensemble urbain	87,1	4,3	8,6	0,0	0,0	100,0	74	0,9
	Rural	12,1	49,3	27,9	1,6	9,1	100,0	2174	10,9
	Ensemble	14,6	47,8	27,3	1,6	8,8	100,0	2248	10,7

[a]Y compris les formations sanitaires qui sont "sur place"
[b]Calculée en excluant les services inexistants dans un rayon de 30 kilomètres

l'accouchement, on constate qu'en milieu urbain la distance pour atteindre une formation sanitaire est sensiblement la même que celle observée pour les femmes ayant bénéficié de ces soins, par contre, en milieu rural, cette distance est beaucoup plus importante (médiane de 11 kilomètres contre 1 kilomètre).

Ainsi, l'éloignement des établissements sanitaires pourrait expliquer, en partie, que peu de femmes du milieu rural bénéficient de soins prénatals et d'assistance à l'accouchement.

En milieu urbain, la distance à parcourir pour atteindre un lieu de vaccination est sensiblement la même, que les enfants soient ou non vaccinés. En milieu rural, les enfants non vaccinés résident légèrement plus loin des lieux de vaccination que ceux complètement immunisés (distance médiane de 11 kilomètres contre 8 kilomètres), sans que cette différence puisse expliquer la faible couverture vaccinale observée en milieu rural. De plus, en milieu rural, une grande partie des vaccinations sont faites sur le lieu même de résidence par des équipes mobiles.

12.4 PROBLEMES DE SANTE

Pour essayer de mieux connaître les principaux problèmes de santé qui se posent à la population nigérienne, on a posé les deux questions suivantes lors de l'enquête communautaire :

- "Quels sont, par ordre d'importance, vos principaux problèmes pour vous soigner?"
- "Quels sont, par ordre d'importance, les principales maladies des enfants de moins de cinq ans au cours de l'année?"

Comme les autres résultats présentés dans ce chapitre, les informations sont analysées ici du point de vue des femmes en union appartenant aux grappes enquêtées.

Les principaux problèmes que rencontre la population pour se soigner figurent aux Tableaux 12.12 et 12.13 ainsi qu'au Graphique 12.1. On a pu dégager deux grandes catégories de problèmes, ceux liés à la

Tableau 12.12 Principaux problèmes pour se soigner

Répartition (en %) des femmes en union par problèmes spécifiques cités en première, deuxième, troisième et quatrième positions, et pourcentage de femmes ayant cité, au moins une fois, chacun des problèmes spécifiques, EDS Niger 1992

Problème	Pourcentage ayant cité en: 1er	2ème	3ème	4ème	Pourcentage de femmes ayant cité
Disponibilité					
Formation sanitaire trop éloignée	29,3	15,2	12,5	8,6	59,8
Formation sanitaire inexistante	15,0	8,1	7,5	5,6	32,5
Médicaments non disponibles	12,0	18,4	15,2	12,0	49,9
Pas de moyens de transport	10,3	11,6	7,6	5,3	31,1
Form. sanitaire n'offrant pas les services	4,4	6,2	5,7	11,4	22,6
Coût					
Médicaments trop chers	10,5	20,0	23,4	25,9	66,0
Manque d'argent	8,3	5,1	1,5	3,2	16,5
Consultations trop chères	1,4	5,8	2,5	2,5	10,7
Autre					
Mauvais acceuil	5,8	6,3	18,3	16,7	38,0
Autre	2,1	3,4	5,8	8,9	14,6
NSP/ND	1,0	-	-	-	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Effectif	5557	5289	4577	3715	5561

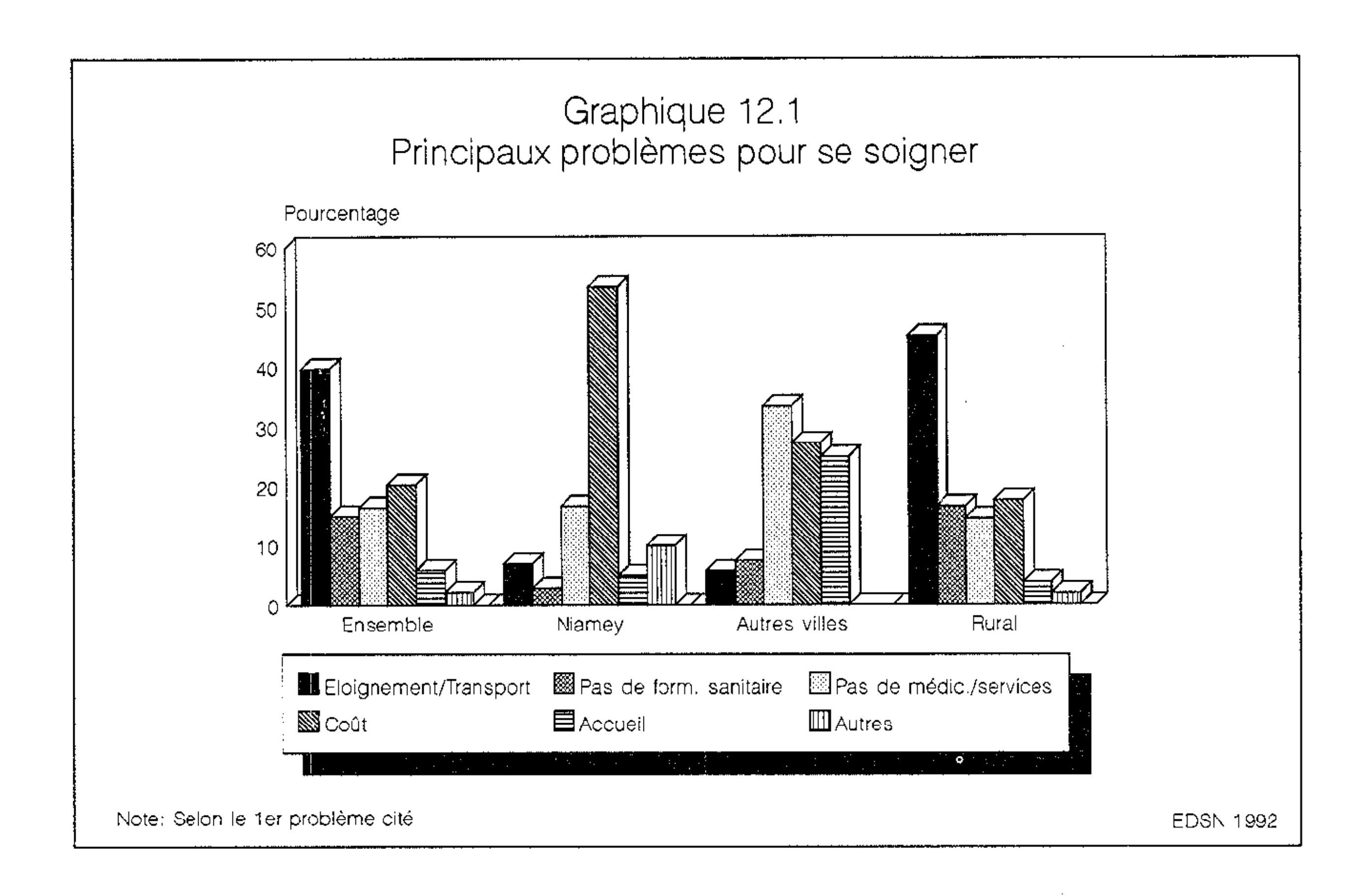
Tableau 12.13 Principaux problèmes pour se soigner par milieu de résidence

Répartition (en %) des femmes en union par problèmes spécifiques cités en première position, et pourcentage de femmes ayant cité, au moins une fois, chacun des problèmes spécifiques, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Pourcentage de femmes ayant cité en première position			Pourcentage de femmes ayant cité		
Problème	Niamey	Autre villes	Rural	Niamey	Autre villes	Rural
Disponibilité						
Formation sanitaire trop éloignée	6,9	2,4	33,5	18,9	17,9	66,7
Formation sanitaire inexistante	2,8	7,4	16,5	8,7	13,9	35,9
Médicaments non disponibles	12,3	18,9	11,2	28,2	52,7	50,9
Pas de moyens de transport	0,0	3,3	11,6	10,0	12,9	34,3
Form. sanitaire n'offrant pas les services	4,3	14,4	3,3	13,7	50,7	20,1
Coût						
Médicaments trop chers	20,1	15,1	9,4	48,5	74,3	66,1
Manque d'argent	22,2	7,3	7,6	41,6	20,7	14,7
Consultations trop chères	11,0	4,7	0,5	14,2	16,1	9,9
Autre						
Mauvais acceuil	4,9	24,8	3,8	15,4	67,1	36,1
Autre	10,0	0,0	1,9	15,1	10,1	15,1
NSP/ND	5,4	1,8	0,7	5,4	1,8	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Effectif	268	520	4770	271	520	4770

disponibilité des formations sanitaires et/ou des services et ceux liés au coût des soins. Au niveau national (Tableau 12.12), on constate que la disponibilité des services des santé constitue le problème majeur, cité en premier lieu dans 71 pour cent des cas : il s'agit de l'inexistence de formation sanitaire (29 pour cent), de l'éloignement et du manque de moyens de transport (40 pour cent) ou encore de la non disponibilité de certains services ou de médicaments (16 pour cent). Les problèmes de coût des soins et/ou des médicaments n'ont été cités, en première position, que dans 20 pour cent des cas. Cependant, globalement, le coût des médicaments a été cité dans 66 pour cent des cas, le manque d'argent dans 17 pour cent des cas et dans 11 pour cent des cas le coût des consultations a été mentionné. Enfin, le mauvais accueil reçu dans les formations sanitaires a été mentionné dans 38 pour cent des cas.

On constate au Tableau 12.13 et au Graphique 12.1 que les problèmes que rencontre la population diffèrent grandement selon le milieu de résidence. A Niamey, le premier problème est celui du coût (53 pour cent) par contre, en milieu rural, le problème essentiel est celui de la disponibilité (76 pour cent). Dans les "autres villes," où les formations sanitaires sont plus accessibles qu'en milieu rural, le premier problème reste la disponibilité des services (citée en première position dans 46 pour cent des cas), suivie par les coûts (27 pour cent) et par le mauvais accueil (25 pour cent).



Ainsi, comme cela a été souligné précédemment, pour les femmes du milieu rural, les formations sanitaires sont plus difficilement accessibles que pour les femmes du milieu urbain. Cependant, quel que soit le milieu de résidence, le manque de formations sanitaires et leur éloignement lorsqu'elles existent ne sont pas les seuls facteurs responsables de la faible utilisation des services de santé et de la mauvaise situation sanitaire de la population. Les charges financières auxquelles les femmes doivent faire face pour avoir accès aux services de santé (coût du transport, coût des médicaments, par exemple), la qualité de l'équipement et des prestations offertes ainsi que l'accueil réservé aux patients sont également des facteurs importants à prendre en compte.

Les Tableaux 12.14 et 12.15 et le Graphique 12.2 présentent les résultats concernant les principales maladies des enfants de moins de 5 ans selon la population enquêtée. Au niveau national (Tableau 12.14), la rougeole est la maladie la plus souvent citée en première position (38 pour cent), suivie de la diarrhée (13 pour cent), de la fièvre (11 pour cent), du paludisme (10 pour cent) et de la méningite (6 pour cent). Il est intéressant de souligner que la rougeole est citée comme principale maladie dans 38 pour cent des cas, alors que le taux de couverture vaccinale contre cette maladie est très faible (28 pour cent) : la population est donc consciente de l'importance de cette maladie, mais ne fait pas vacciner les enfants. La non disponibilité des services de vaccination mentionnée précédemment est certainement une des principales raisons de cette contradiction. Cependant, une meilleure éducation sanitaire de la population soulignant, entre autres, l'intérêt et l'importance des vaccinations améliorerait, peut-être la couverture vaccinale, même si l'accès aux formations sanitaire est parfois difficile.

Tableau 12.14 Principales maladies des enfants de moins de cinq ans

Répartition (en %) des femmes en union par principales maladies spécifiques des enfants de moins de cinq ans citées en première, deuxième, troisième et quatrième positions, et pourcentage de femmes ayant cité, au moins une fois, chacune des maladies spécifiques, EDS Niger 1992

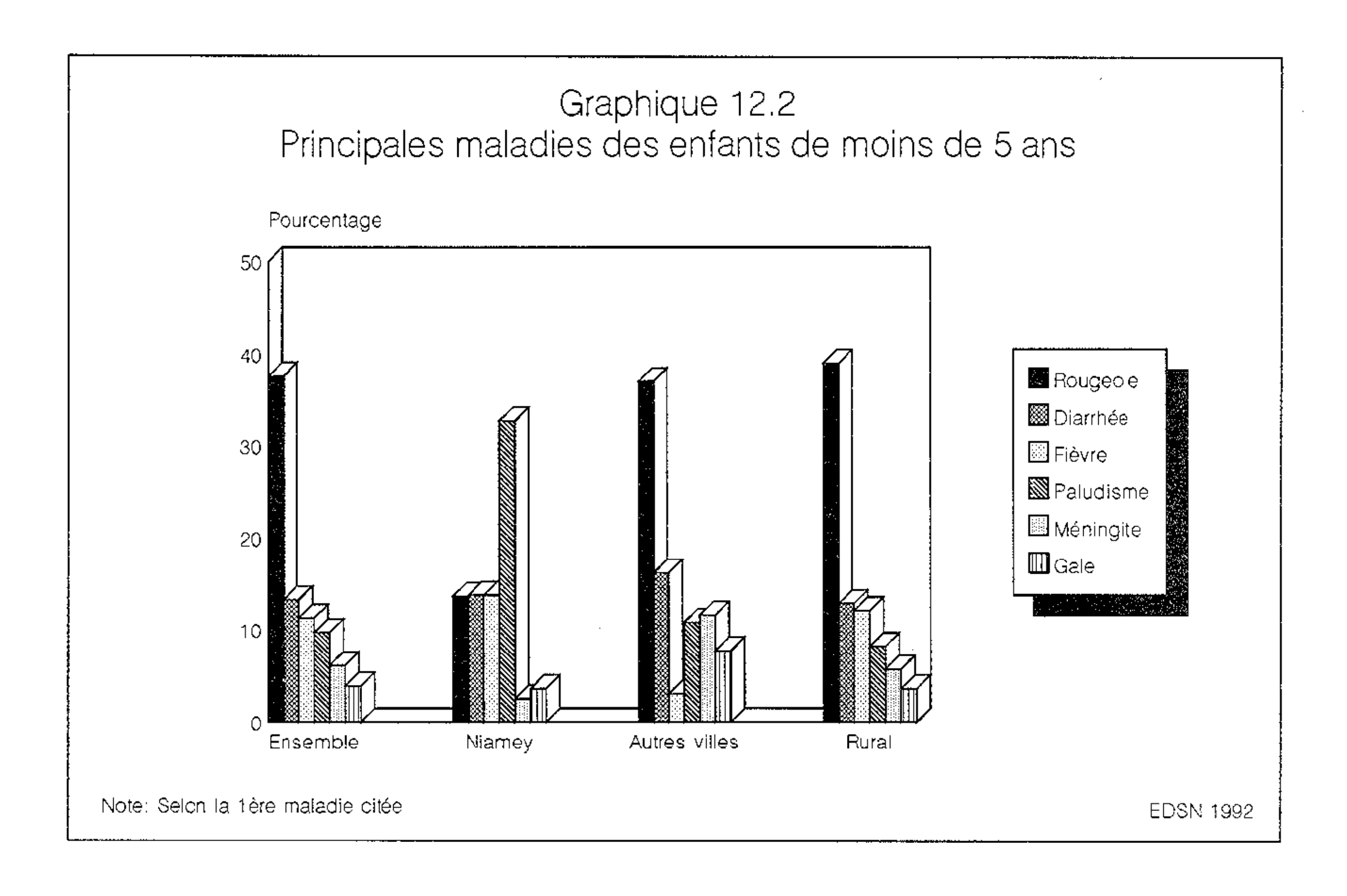
Maladie	Pourcentage ayant cité en: 1er	2ème	3ème	4ème	Pourcentage de femmes ayant cité
Rougeole	37,6	14,3	8,6	9,2	66,7
Diarrhée	13,3	20,7	16,4	13,3	59,1
Fièvre	11,3	2,4	11,2	2,1	25,6
Paludisme	9,7	10,4	9,7	8,9	35,7
Méningite	6,1	10,0	6,1	4,1	24,8
Gale	3,9	3,3	6,8	12,3	23,1
Coqueluche	3,6	10,7	11,5	4,6	28,3
Toux, problèmes respiratoires	3,4	7,2	11,1	7,5	26,5
Convulsion	1,9	4,5	1,7	3,3	10,6
Malnutrition	1,5	0,7	3,6	7,6	11,5
Problèmes de peau	0,3	1,1	2,2	5,1	7,2
Ictère	0,1	0,4	0,8	2,6	3,4
Autre	6,7	14,4	10,3	19,3	45,5
NSP/ND	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	-
Effectif	5561	5427	5093	4426	5561

Tableau 12.15 Principales maladies des enfants de moins de cinq ans par milieu de résidence

Répartition (en %) des femmes en union par principales maladies spécifiques des enfants de moins de cinq ans citées en première position, et pourcentage de femmes ayant cité, au moins une fois, chacune des maladies spécifiques, selon le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Pourcentage de femmes ayant cité en première position			Pourcentage de femmes ayant cité		
Maladie	Niamey	Autre villes	Rural	Niamey	Autre villes	Rural
Rougeole	13,7	37,0	39,0	29,3	75,4	67,8
Diarrhée	13,8	16,2	12,9	30,6	59,0	60,8
Fièvre	13,8	3,0	12,1	38,9	6,3	27,0
Paludisme	32,7	10,8	8,2	48,2	43,1	34,2
Méningite	2,5	11,6	5,7	8,5	36,7	24,4
Gale	3,6	7,7	3,6	9,3	29,2	23,2
Coqueluche	2,4	3,7	3,7	9,6	20,9	30,1
Toux, problèmes respiratoires	0,0	0,0	3,9	15,8	26,8	27,1
Convulsion	1,5	7,7	1,3	10,8	23,5	9,1
Malnutrition	0,0	0,0	1,8	2,3	8,4	12,4
Problèmes de peau	3,1	1,2	,0	5,6	11,0	7,1
Ictère	0,0	1,1	0,0	2,7	5,6	3,2
Autre	0,0	0,0	7,8	14,6	33,4	48,5
NSP/ND	12,9	0,0	0,0	12,9	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	-	-	-
Effectif	271	520	4770	271	520	4770

Les principales maladies des enfants mentionnées lors de l'enquête (rougeole, diarrhée, fièvre, paludisme et méningite) sont les mêmes quel que soit le milieu de résidence, mais leur classement diffère beaucoup. A Niamey, la maladie citée le plus fréquemment en première position est le paludisme (33 pour cent) alors que, dans les "autres villes" et en milieu rural, c'est la rougeole qui vient en tête (respectivement 37 et 39 pour cent) et le paludisme n'y intervient, respectivement, que dans 11 pour cent et 8 pour cent des réponses. Par ailleurs, dans les "autres villes," la méningite (12 pour cent), la gale (8 pour cent) et les convulsions (8 pour cent) interviennent en première position beaucoup plus fréquemment qu'à Niamey et qu'en milieu rural.



REFERENCES

Arnold, Fred et Ann K. Blanc. 1990. *Fertility levels and trends.* DHS Comparative Studies No. 2. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.

Azelmat, Mustapha, Mohamed Ayad, El Arbi Housni et Mohamed Zarouf. 1993. *Enquête nationale sur la population et la santé 1992.* Columbia, Maryland : Ministère de la Santé Publique [Maroc] et Macro International Inc.

Bashin, Michelle et Hubert A. Allen. 1989. *Niger : La planification familiale fait une percée. Une évaluation d'après projet sur les connaissances, les attitudes et les pratiques liées à la planification familiale. Niamey, Maradi et Zinder.* Niamey, Niger : Direction de la Planification Familiale, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales [Niger] et Johns Hopkins University [Baltimore, Maryland].

Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN), 1978. *Recensement Général de la Population 1977. Résultats provisoires.* Niamey, Niger.

Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN), Ministère des Finances et du Plan. 1992. *Recensement Général de la Population 1988.* Niamey, Niger : BCR et DSCN.

1992a. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Etat de la population.*

1992b. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Caractéristiques économiques.*

1992c. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Caractéristiques socio-culturelles.*

1992d. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Etat matrimonial et nuptialité.*

1992e. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Estimation du niveau de la fécondité.*

1992f. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Estimation du niveau de la mortalité.*

1992g. *Recensement Général de la Population 1988. Analyse des données définitives. Rapport de synthèse.*

Centre National de Santé Familiale (CNSF) [Niger] et Centre pour la Population et la Santé Familiale (CPSF), Columbia University [New York]. 1987. *Evaluation de la sensibilisation en santé familiale de la population de Niamey. Rapport de l'enquête Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en santé familiale, Ville de Niamey, 1987.* Niamey, Niger.

Department of Statistics (DOS) [Soudan] et Institute for Resource Development/Macro International Inc. (IRD). 1991. *Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990*. Columbia, Maryland : DOS et IRD.

De Sole, G., Y. Belay et B. Zegueye. 1987. Vitamin A deficiency in Southern Ethiopia. *American Journal of Clinical Nutrition* 44(4): 780-784.

Direction de la Population, Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme. 1992. *Déclaration de Politique Nationale de Population au Niger 1992*. Niamey, Niger.

Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN), Ministère des Finances et du Plan. *Enquête Démographique au Niger 1959-60. Rapport d'analyse*. Niamey, Niger.

Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN), Ministère des Finances et du Plan. 1986. *Enquête sur la Mortalité Infantile et Juvénile 1986. Rapport d'analyse*. Niamey, Niger.

Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux (DSCN), Ministère des Finances et du Plan. 1991. *Annuaire Statistique Série Longue 1991*. Niamey, Niger.

Federal Office of Statistics (FOS) [Nigeria] et IRD/Macro International Inc. (IRD). 1992. *Nigeria Demographic and Health Survey 1990*. Columbia, Maryland: FOS et IRD.

Graham, Wendy, William Brass et Robert W. Snow. 1989. Estimating Maternal Mortality: The Sisterhood Method. *Studies in Family Planning* 20(3): 125-135.

Hung, Man-Ming et Yacine Diallo. 1992. *Projet santé intégrée Zinder: Rapport d'enquête de base sur les connaissances, attitudes et pratiques en santé infantile et planning familial*. Niamey, Niger: CARE International.

Katjiuanjo, Puumue, Stephen Titus, Maazuu Zauana et Ties Boerma. 1993. *Namibia Demographic and Health Survey 1992*. Columbia, Maryland : Ministry of Health and Social Services [Namibie] et Macro International Inc.

Kedner, Baptiste, Michael Chapko, Nancy Keith et Phyllis Jones. 1990. *Baseline child survival survey in Dosso and Diffa 1989*. Niamey, Niger: Africare.

Keith, Nancy. 1990. *Infant feeding, weaning, and diarrhoea disease management: Hausa practice and beliefs and educational implications. Part I: The ethnographic study*. Niamey, Niger: USAID.

Keuzeta, J.J., G. Bianchi, M. Ramakavelo, W. Djataou, H. Maidouka et H. Radjikou. 1992. *Les causes de l'hypo-fécondité dans la région de Diffa : Analyse des résultats d'enquête*. Niamey, Niger: Centre National de Santé Familiale, Direction de la Planification Familiale, Ministère du Développement Social, de la Population et de la Promotion de la Femme.

Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Cellule de Planification. 1985. *Enquête Nationale sur la Morbidité et la Mortalité (EMM) 1985*. Rapport No. 1. Niamey, Niger.

Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Cellule de Nutrition. 1987. *Projet FEWS. Rapport spécial sur les indicateurs nutritionnels*. Niamey, Niger.

Nations Unies. 1982. *Model Life Tables for Developing Countries.* Population Studies No. 77. New York: Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales internationales.

Ndiaye, Salif, Ibrahima Sarr et Mohamed Ayad. 1988. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 1986.* Columbia, Maryland: Ministère de l'Economie et des Finances [Sénégal] et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Organisation Mondiale de la Sante (OMS), Expanded Programme on Immunization, Training for Mid-level Managers. 1991. *The EPI Coverage Survey.* Genève: OMS.

Oumarou, Mahamadou, Penelope Nestel et Shea O. Rutstein. 1993. *Nutrition et santé des jeunes enfants au Niger.* Columbia, Maryland: Macro International Inc.

Rutenberg, Naomi, Ties Boerma, Jeremiah Sullivan et Trevor Croft. 1990. Direct and Indirect Estimates of Maternal Mortality with Data on Survivorship of Sisters: Results from the Bolivia DHS. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Toronto, Ontario, 3 mai, 1990.

Sloan, N.L., A. Paxton et R.L. Leavell. 1986. *Xerophthalmia and trachoma in Burkina Faso, Chad, Mali, and Niger.* New York: Hellen Keller International Inc.

Sullivan, Jeremiah M., George T. Bicego et Shea Oscar Rutstein. 1990. Assessment of the quality of data used for the direct estimation of infant and child mortality in the demographic and health surveys. In *An assessment of DHS-I data quality*, 113-137. DHS Methodological Reports No. 1. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems Inc.

Tielsch. J.M., K.P. West, Jr., J. Katz, M.C. Chirambo, L. Schwab, G.J. Johnson, T. Tizazu, J. Smartwood, et A. Sommer. 1986. Prevalence and severity of xerophthalmia in Southern Malawi. *American Journal of Epidemiology* 124(4): 561-568.

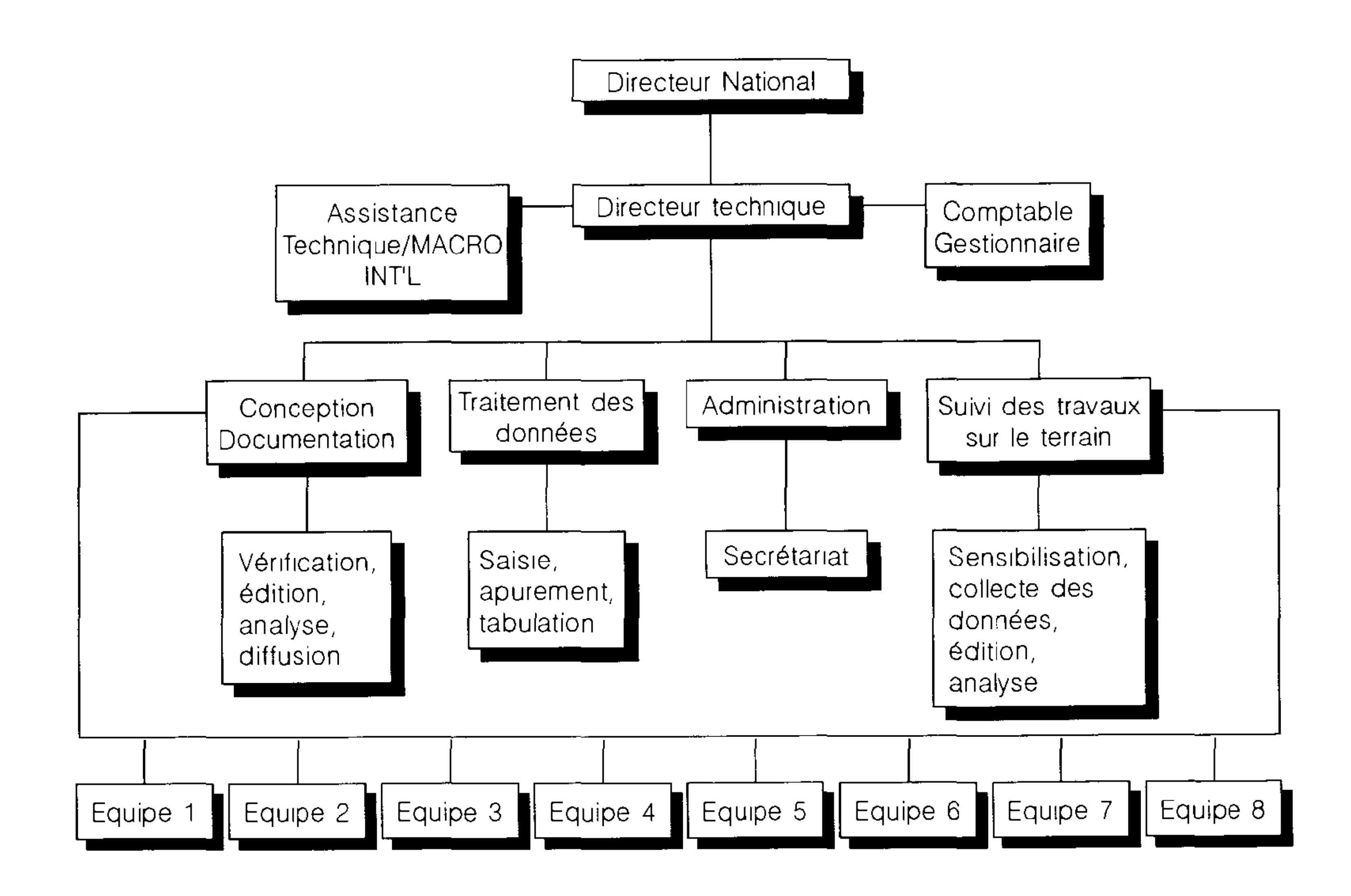
Traoré, Baba, Mamadou Konaté et Cynthia Stanton. 1989. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987.* Columbia, Maryland: Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement, Institut du Sahel et Institute for Resource Development/Westinghouse.

Trussell, James et German Rodriguez. 1990. A Note on the Sisterhood Estimate of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning* 21(6): 344-346.

ANNEXE A

ORGANIGRAMME ET PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

ORGANIGRAMME DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU NIGER (EDSN)



PERSONNEL DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU NIGER (EDSN)

Personnel national permanent

Directeur national
Idrissa Alichina Kourguéni

Directeur technique
Bassirou Garba

Superviseurs de terrain
Assoumane Gorzo
Ibrahim Chaïbou
Yahaya Adyé
Méaki Johoa
Abdoulaye Sidi
Zeïnabou Garba
Sabine Attama (Consultant)

Traitement des données
Harouna Koché
Zaléha Amadou

Personnel national temporaire

Agents de cartographie et de dénombrement

Haïnikoye Amadou
Abdou Abarchi
Mahamane Alio
Zouléye Rabiou
Abdoulaye Sidi
Ibrahim Moussa
Amadou Seyni
Ahmadou Garba
Boureïma Hamidou
Chaïbou Ibrahim
Adam Malam
Namaïwa Rabo
Saïdou Aldjouma
Hadizatou Gamadadi
Gado Sama
Habibou Issoufou

Chauffeurs cartographie et dénombrement

Boubacar Salifou
Oumarou Issoufou
Abassa Ali
Idrissa Boubacar
Boubacar Issoufou
Abdou Bonzougou
Boubacar Abdou
Koboye Malam
Daouda Tonko
Gouala Touné
Dodo Diori

Enquêteurs pré-test

Madou Fougou
Bello Gourouza
Bassakoye Mahamadou
Maman Chaïbou
Ganda Idrissa
Boureïma Yoro
Issa Mayaou
Haïnikoye Amadou
Mathieu Alphonse
Djibril Nadere

Enquêtrices pré-test

Zouléye Rabiou
Hadizatou Gamadadi
Yakaka Chékou
Kadidiatou Dabel
Mariama Bako
Hadiza Harouna
Aminatou Habibou
Baraka Madougou
Aissata Goumaou

Chefs d'équipes enquête principale

Madou Fougou
Bello Gourouza
Bassakoye Mahamadou
Maman Chaïbou
Ganda Idrissa
Boureïma Yoro
Issa Mayaou
Haïnikoye Amadou

Contrôleuses enquête principale

Zouléye Rabiou
Ouma Amadou
Yakaka Chékou
Kadidiatou Dabal
Mariama Bako
Hadiza Harouna
Aminatou Habibou
Haoua Soly

Enquêtrices enquête principale

Hadjara Kondo
Rabi Djibo
Mariama Tchanga
Haoua Issa
Adama Hassane
Aïchatou Toure
Biba Seyni
Soumaye Moustapha
Aïchatou Alou
Rabi Dodo H.
Sophie Gabriel
Haoua Abdoulaye
Salamatou Alichina
Hadizatou Gamadadi
Habsou Mamane
Fati Gari
Mariama Ouattara
Habsatou Traoré
Hadiza Balley
Fatouma Mounkaïla
Aïssa Seydou
Baraka Madougou
Zeïnabou Souley
Mariama D. Tchoukou
Adoukoul Ikhiri
Tislam Bargagi
Ramatou Mamoudou
Saoudé Hassane
Rabi Dan Baki
Habsatou Yansambou
Aïssata Goumaou
Maria Karimou

Chauffeurs enquête principale

Boubacar Salifou
Oumarou Issoufou
Idrissa Boubacar
Boubacar Issoufou
Abdou Bonzougou
Boubacar Abdou
Koboye Malam
Daouda Tonko
Gouala Touné
Dodo Diori
Moussa Alhassane

Agents de Saisie et de Vérification

Foureratou Alpha G.
Zeïdi Almoustapha
Djibrilla Mamane
Sahabi Magawata
Ousseïna Attaher
Hadiza Omar
Mathieu Alphonse
Mariama Adamou
Sani Malam

Personnel Administratif

Comptable
Oumarou Ali
Secrétaire
Hadiza Mahamane
Agent de bureau
Mariama Adamou

Consultants nationaux

Sabine Attama

Formation des enquêtrices

Amadou Boukari
Oumarou Mahamadou
Fatima Garba
Gabdou Boubacar
Hama Amadou
Mariama Adamou
Hadjara M. Sala
Ramatou Ali

Traduction des questionnaires

Halirou Bokoye
Ibrahim Daba
Moussa Dankonyo
Hama Amadou
Mariama Adamou
Hadjara M. Sala
Ramatou Ali
Fatouma Amadou

Consultants DHS/Macro International

Termes de référence du contrat
Mohamed Ayad

Coordinateur Technique
Bernard Barrère

Sondage
Thanh Le

Formation des personnels
Juan Schoemaker
Michka Seroussi

Traitement des données
Noureddine Abderrahim
Trevor Croft

ANNEXE B

CALENDRIER DES OPERATIONS

CALENDRIER DES OPERATIONS

Activités		Date prévue	Date d'exécution
1.	Conception de l'enquête, élaboration du questionnaire et traduction	nov 1990-jan 1991	avr-juin 1991
2.	Elaboration du plan de sondage y compris la mise à jour des zones de dénombrement	jan-fév 1991	juin-juil 1991
3.	Dénombrement des ménages	fév-avr 1991	juil-oct 1991
4.	Pré-enquête	avr-mai 1991	oct-nov 1991
5.	Mise à jour du questionnaire	juin 1991	déc 1991
6.	Préparation du plan de tabulation et d'analyse	mai-juil 1991	nov 1991-jan 1992
7.	Formation du personnel de terrain	août 1991	fév 1992
8.	Collecte des données	sept-déc 1991	mars-juin 1992
9.	Formation pour la saisie sur le logiciel ISSA	sept 1991	mars 1992
10.	Saisie et apurement des données	sept 1991-jan 1992	mars-août 1992
11.	Préparation du rapport préliminaire	jan-fév 1992	sept-oct 1992
12.	Analyse des données pour la préparation du rapport principal	mars-mai 1992	nov 1992-jan 1993
13.	Première version du rapport principal	juin-juil 1992	fév-avr 1993
14.	Lecture et révision du rapport principal	août 1992	mai-juin 1993
15.	Préparation du résumé	sept 1992	juil 1993
16.	Impression du rapport principal et du résumé	oct 1992	août-sept 1993
17.	Séminaire National	nov 1992	oct 1993
18.	Audit	déc 1992	sept 1993

ANNEXE C

PLAN DE SONDAGE

ANNEXE C

PLAN DE SONDAGE

C.1 OBJECTIFS

L'Enquête Démographique et de Santé au Niger (EDSN) a prévu un échantillon de 6 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Le Recensement Général de la Population (RGP), réalisé au Niger en 1988, a servi de base de sondage. Pour répondre à certaines contraintes d'organisation des travaux sur le terrain, il a été nécessaire d'exclure de cette base certaines zones géographiques qui étaient d'accès difficile, notamment les zones pastorales du désert du Nord où, de plus, la population est très faible. L'EDSN couvre donc tous les départements du Niger sauf, dans le département d'Agadez, la zone restante d'Arlit et l'arrondissement de Bilma dans sa totalité. Les zones exclues, essentiellement désertiques et qui représentent environ un tiers de la superficie du pays, représentent moins de 1 pour cent de la population totale.

C.2 BASE DE SONDAGE

Le fichier informatique des 4 479 zones de dénombrement (ZD), créées en 1987/1988 par le Bureau Central de Recensement pour les besoins du recensement, a servi de base de sondage pour l'EDSN. Des cartes d'assez bonne qualité, où figurent les limites de toutes les ZD qui constituent le canton, existent pour chaque ZD et pour chaque canton.

Un classement du fichier par ordre géographique était nécessaire avant d'effectuer l'échantillonnage des ZD. Bien que les ZD du fichier soient déjà stratifiées par milieu urbain/rural à l'intérieur de chaque département, on a introduit une stratification implicite en ordonnant les arrondissements et, ultérieurement, les cantons à l'intérieur de chaque arrondissement, par ordre géographique.

C.3 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

L'échantillon de l'EDSN est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, 235 zones de dénombrement ont été tirées à partir de l'ensemble des ZD avec des probabilités proportionnelles à leur taille. Un dénombrement exhaustif des ménages résidant dans chaque grappe a fourni une liste de ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages.

C.4 DOMAINES D'ETUDE ET STRATIFICATION

Un domaine d'étude est une sous-population pour laquelle on propose des analyses basées sur les informations recueillies par l'enquête. Les trois domaines d'étude importants au Niger sont : la communauté urbaine de Niamey, le reste du milieu urbain et le milieu rural.

La stratification urbain/rural adoptée dans la base de sondage suit une définition administrative : le milieu urbain comprend tous les chef-lieux de département et d'arrondissement qui peuvent, ou non, posséder les caractéristiques socio-économiques normalement accordées au milieu urbain. Pour cette raison, il était nécessaire de considérer la communauté urbaine de Niamey comme étant un domaine séparé et de lui accorder des analyses propres.

Quant aux chef-lieux de départements et d'arrondissements, il était possible de reclassifier certains d'entre eux dans le milieu rural suivant leurs caractéristiques socio-économiques. Cependant, cette nouvelle classification urbain/rural n'a pas été adoptée car il aurait été difficile de déterminer les nouveaux critères de classification. De plus, elle aurait rendu les résultats de l'EDSN difficilement comparables aux résultats du recensement et des autres enquêtes qui ont adopté la classification administrative.

En considérant chaque département comme étant une strate à l'intérieur de chaque domaine d'études, on a abouti aux 15 strates qui figurent au Tableau C.1.

Tableau C.1 Stratification

Code	Strate
11	Communauté urbaine de Niamey
21	Agadez urbain
22	Diffa urbain
23	Dosso urbain
24	Maradi urbain
25	Tahoua urbain
26	Tillabéri urbain
27	Zinder urbain
31	Agadez rural
32	Diffa rural
33	Dosso rural
34	Maradi rural
35	Tahoua rural
36	Tillabéri rural
37	Zinder rural

C.5 PARAMETRES DE SONDAGE

D'après les résultats préliminaires du RGP, la population résidente de femmes âgées de 15 à 49 ans représente 6 pour cent et 10 pour cent, respectivement, à Niamey et dans le reste du milieu urbain. (Ces chiffres ne tiennent pas compte des femmes qui résident dans l'arrondissement de Bilma et dans la zone restante d'Arlit qui sont exclus de la couverture de l'EDSN.) L'effectif cible de l'échantillon étant de 6 000 femmes, un échantillon proportionnel aurait accordé seulement 360 femmes à Niamey et 600 femmes au reste du milieu urbain, ce qui aurait été trop faible pour des analyses approfondies au niveau de ces deux domaines. On a donc multiplié le taux de sondage du milieu rural par 4 pour obtenir celui de Niamey et par 3 pour obtenir celui du reste du milieu urbain.

D'après les résultats du RGP, le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans est de 1,32 par ménage dans le milieu urbain, y compris Niamey, et de 1,45 femmes par ménage dans le milieu rural. Le nombre de ménages à tirer dans chaque domaine a été calculé de la manière suivante :

Nombre de ménages = Nombre de femmes / Nombre de femmes par ménage.

On a aussi prévu un taux de déperdition de la part des ménages tirés ou des femmes identifiées dans ces ménages. L'expérience d'autre enquêtes EDS dans les pays africains permet de supposer un taux de réponse de 90 pour cent pour les ménages et de 90 pour cent pour les femmes, soit un taux global de 80 pour cent. Tableau C.2 donne le nombre de ménages à enquêter par domaine.

Le nombre de grappes à tirer dépend du nombre de femmes à enquêter dans chaque grappe. Les analyses menées après d'autres enquêtes analogues indiquent que le nombre optimal de femmes à enquêter par grappe est de l'ordre de 30 femmes dans le milieu rural et de 20 femmes dans le milieu urbain. En décidant un tirage de 25 ménages en moyenne dans chaque grappe rurale, et de 20 ménages en moyenne à Niamey et dans le reste du milieu urbain (ce qui reviendrait à enquêter, respectivement, 29 et 21 femmes en moyenne, en tenant compte du nombre de femmes par ménage et du taux de réponse), on a abouti à un nombre total de 235 grappes, dont 50 à Niamey, 55 dans le reste du milieu urbain et 130 dans le milieu rural. Ceci correspond à 1 000 ménages à Niamey, 1100 ménages dans le reste du milieu urbain et 3 250 ménages dans le milieu rural. En conséquence, le taux de sondage du milieu rural a été multiplié par 4,3 pour obtenir le taux de sondage de Niamey et par 2,7 pour obtenir celui du reste du milieu urbain. Le nombre de grappes à allouer à chaque strate est proportionnel à l'effectif des ménages recensés dans la strate.

Tableau C.2 Répartition des grappes par strate

Strate		Ménages recensés	Proportion	Nombre de grappes	Nombre de ménages
11	Niamey	65859	1,00	50	1000
21	Agadez	15583	0,13	7	140
22	Diffa	6684	0,06	3	60
23	Dosso	10516	0,09	5	100
24	Maradi	26054	0,22	12	240
25	Tahoua	19831	0,17	10	200
26	Tillabéri	6788	0,06	3	60
27	Zinder	31149	0,27	15	300
Total urbain		116605	1,00	55	1100
31	Agadez	14505	0,02	2	50
32	Diffa	34025	0,04	5	125
33	Dosso	121325	0,13	17	425
34	Maradi	174446	0,19	24	600
35	Tahoua	198669	0,21	27	675
36	Tillabéri	166256	0,18	23	575
37	Zinder	230186	0,25	32	800
Total rural		939412	1,00	130	3250
Total		1121876	-	235	5350

C.6 PROBABILITES DE SONDAGE

Les probabilités de sondage ont été calculées séparément pour les deux degrés de sondage. On utilise les notations suivantes :

P_{1i} : probabilité de sondage au 1er degré de la ième grappe
P_{2i} : probabilité de sondage au 2e degré de la ième grappe

Soient a le nombre de ZD à tirer dans une strate donnée, M_i l'effectif des ménages de la ième ZD dans la strate, et ΣM_i l'effectif total de la strate. La probabilité d'inclusion de cette ZD dans l'échantillon est calculée de la manière suivante :

$$P_{1i} = a \frac{M_i}{\sum_i M_i}$$

Au deuxième degré, on tire un nombre b_i de ménages à partir des M_i' ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDSN dans la ZD. On a donc :

$$P_{2i} = \frac{b_i}{M_i'}$$

Afin que l'échantillon soit auto-pondéré à l'intérieur du domaine d'étude qui englobe la strate, la probabilité globale $P_i = P_{1i} . P_{2i}$ doit être la même pour chaque ménage à l'intérieur du domaine, donc de la strate. Cela implique que :

$$P_{1i}P_{2i} = \frac{a}{\Sigma M_i} \cdot \frac{M_i}{M_i'} \cdot b_i = constante$$

Cette quantité doit être égale au taux global de sondage dans la strate. Prenons le cas de Niamey où on veut tirer 50 ZD, qui devront fournir 1 000 ménages. Le nombre total de ménages est de 65 859 à Niamey. Le taux global de sondage est 1 000/65 859. On a donc :

$$\frac{1000}{65859} = \frac{50}{65859} \cdot \frac{M_i}{M_i'} \cdot b_i$$

où

$$b_i = 20 \frac{M_i'}{M_i}$$

De la même façon, le nombre de ménages à tirer dans chaque ZD simple est :

$$b_i = 20 \frac{M_i'}{M_i}$$

dans le reste du milieu urbain, et :

$$b_i = 25 \frac{M_i'}{M_i}$$

dans le milieu rural, où M_i est le nombre de ménages recensés dans la ZD et M_i' est le nombre de ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDSN.

Le tirage des ménages s'est fait avec probabilité égale et l'intervalle de tirage est calculé de la manière suivante :

$$I_i = \frac{1}{P_{2i}} = \frac{M_i'}{b_i}$$

Dans le cas des grandes ZD qui ont été segmentées et où un seul segment a été retenu pour l'enquête, on a introduit un degré intermédiaire entre le premier et le deuxième degrés. Soit t_{ij} la taille estimée en proportion du segment j choisi pour la ZD i. On notera que $\Sigma t_{ij} = 1$. La probabilité au second degré est de :

$$P_{2ij} = \frac{b_{ij}}{M_{ij}'}$$

où b_{ij} est le nombre de ménages à tirer dans le segment j de la ZD i et M'_{ij} le nombre de ménages dénombrés par l'équipe EDSN dans le segment j de la ZD i.

Le nombre b_{ij} de ménages à tirer dans le segment j de la ZD i est :

$$b_{ij} = 20 \frac{M_{ij}'}{t_{ij} M_i}$$

à Niamey et dans le reste du milieu urbain, et :

$$b_{ij} = 25 \frac{M_{ij}'}{t_{ij} M_i}$$

dans le milieu rural.

L'intervalle de sondage est :

$$I_{ij} = \frac{M_{ij}'}{b_{ij}}$$

C.7 ECHANTILLON MARI

L'enquête mari au Niger porte sur la moitié des ménages sélectionnés pour l'enquête principale. Pour pouvoir mener aussi bien une analyse comparative femme-mari qu'une analyse portant uniquement sur les maris, on a enquêté les maris de toutes les femmes éligibles trouvées dans un ménage sur deux. Le tirage des ménages pour l'enquête-mari a été effectué au même moment que le tirage des ménages dans toutes les grappes, de façon systématique, et avec une probabilité égale à un ménage sur deux.

C.8 RESULTATS DES ENQUETES

Les Tableaux C.3 et C.4 donnent les résultats détaillés des enquêtes ménage, femme et mari selon le milieu et la région de résidence. A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{(1)}{(1)+(2)+(3)+(4)+(5)}$$

Tableau C.3 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des femmes par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des femmes, et taux de réponse global selon la région et le milieu de résidence, EDS Niger 1992

Résultat des interviews	Région de résidence						Milieu de résidence				
	Niamey	Dosso	Maradi	Tahoua/ Agadez	Tillabéri	Zinder/ Diffa	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés											
Rempli (1)	89,4	91,5	81,5	92,0	93,6	89,6	89,4	90,8	90,1	90,1	90,1
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	0,6	0,0	0,0	0,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,6	0,2	0,3
Refus de répondre (3)	0,5	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,3	0,3	0,3
Ménage absent (4)	2,6	2,1	8,0	1,1	1,7	4,5	2,6	2,1	2,3	3,9	3,3
Logement non trouvé (5)	0,4	0,0	5,0	0,2	0,1	0,1	0,4	0,9	0,6	0,5	0,5
Logement vide (6)	5,3	4,2	4,6	4,4	3,6	5,0	5,3	4,5	4,9	4,2	4,5
Logement détruit (7)	0,8	1,6	0,0	1,7	0,7	0,4	0,8	0,4	0,6	0,7	0,7
Autre (8)	0,4	0,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7	0,5	0,3	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	1094	189	238	528	870	1005	1094	11670	2261	3558	5819
Taux de réponse	95,6	97,7	85,5	98,0	97,8	94,8	95,6	96,2	95,9	94,9	95,3
Femmes éligibles											
Entièrement rempli (a)	96,8	98,5	97,4	95,6	94,8	97,3	96,8	96,3	96,5	96,2	96,3
Pas à la maison (b)	2,0	1,0	2,0	1,9	3,1	1,0	2,0	1,4	1,7	2,1	1,9
Différé (c)	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refus de répondre (d)	0,6	0,0	0,0	0,1	0,6	0,2	0,6	0,8	0,7	0,1	0,4
Partiellement rempli (e)	0,1	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,1	0,4	0,3	0,3	0,3
Autre (f)	0,4	0,5	0,0	1,8	0,9	1,0	0,4	1,1	0,8	1,2	1,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1392	196	153	735	1103	1102	1392	1401	2793	3957	6750
Taux de réponse des femmes	96,8	98,5	97,4	95,6	94,8	97,3	96,8	96,3	96,5	96,2	96,3
Taux de réponse global des femmes	92,5	96,2	83,2	93,7	92,8	92,3	92,5	92,6	92,6	91,3	91,8

Tableau C.4 Résultats des enquêtes auprès des ménages et des maris par région et milieu de résidence

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête mari et des maris éligibles dans l'échantillon de l'EDS par résultat de l'enquête, taux de réponse des ménages et des maris, et taux de réponse global selon la région et le milieu de résidence, EDS Niger 1992

	Région de résidence						Milieu de résidence				
Résultat des interviews	Niamey	Dosso	Maradi	Tahoua/ Agadez	Tillabéri	Zinder/ Diffa	Niamey	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Ménages sélectionnés											
Rempli (1)	90,2	91,7	83,3	90,9	94,1	91,6	90,2	91,5	90,8	90,9	90,9
Ménage présent mais pas d'enquêté disponible (2)	0,5	0,0	0,0	0,8	0,5	0,2	0,5	0,5	0,5	0,1	0,3
Refus de répondre (3)	0,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
Ménage absent (4)	2,6	2,1	9,2	0,8	1,6	4,2	2,6	2,1	2,3	3,8	3,2
Logement non trouvé (5)	0,0	0,0	5,0	0,4	0,0	0,2	0,0	1,4	0,7	0,6	0,7
Logement vide (6)	4,9	4,2	1,7	5,3	3,0	3,8	4,9	3,6	4,2	3,8	4,0
Logement détruit (7)	0,9	1,0	0,0	1,9	0,9	0,0	0,9	0,5	0,7	0,4	0,5
Autre (8)	0,2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages	549	96	120	265	437	498	549	585	1134	1778	2912
Taux de réponse des ménages avec enquête mari	95,9	97,8	84,7	98,0	97,9	95,2	95,9	95,7	95,8	95,1	95,4
Maris éligibles											
Entièrement rempli (a)	78,1	87,3	97,6	92,7	85,4	83,3	78,1	80,3	79,3	88,6	85,2
Pas à la maison (b)	20,0	9,1	2,4	6,3	12,2	14,3	20,0	15,6	17,6	9,5	12,5
Différé (c)	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1
Refus de répondre (d)	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,4	0,3	0,3
Partiellement rempli (e)	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1
Autre (f)	0,6	3,6	0,0	0,5	2,4	2,3	0,6	3,9	2,4	1,6	1,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de maris	315	55	41	191	336	294	315	360	675	1168	1843
Taux de réponse des maris	78,1	87,3	97,6	92,7	85,4	83,3	78,1	80,3	79,3	88,6	85,2
Taux de réponse global des maris	74,9	85,3	82,7	90,8	83,6	79,3	74,9	76,8	75,9	84,3	81,3

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des maris sont calculés de la manière suivante :

$$\frac{(a)}{(a)+(b)+(c)+(d)+(e)+(f)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des maris est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête mari et du taux de réponse des maris.

ANNEXE D

ERREURS DE SONDAGE

ANNEXE D

ERREURS DE SONDAGE

Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs: erreurs de mesure et erreurs de sondage. On appelle erreurs de mesure les biais imputables à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions, soit de la part de l'enquêtrice, soit de la part de l'enquêtée, ou encore les erreurs de saisie des données. Quoique tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDSN, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans ce rapport ont été obtenues à partir d'un échantillon de 6 503 femmes âgés de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'autres enquêtées, on a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été quelque peu différentes de celles que l'on a présentées. C'est l'incertitude de cette assomption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses suivant l'échantillon.

L'*erreur-type (ET)* est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). On l'estime à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même : l'erreur-type est la racine carrée de la variance. Cet indice a pour propriété que dans 95 pour cent des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur vraie d'un paramètre pour l'ensemble d'une population se trouve à l'intérieur de l'intervalle de ± 2 ET.

Si l'échantillon des femmes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDSN est un échantillon stratifié à deux degrés. Par conséquent, on a besoin d'utiliser des formules plus complexes. Le logiciel CLUSTERS, développé par l'International Statistical Institute pour l'Enquête Mondiale sur la Fécondité, a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée.

CLUSTERS traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r=y/x$, dans lequel y représente la valeur du paramètre y pour l'échantillon total, et x représente le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - r.x_{hi} \text{ , et } \quad z_h = y_h - r.x_h$$

où	h	représente la strate qui va de 1 à H,
	m_h	est le nombre total d'unités primaires de sondage (UPS) tirées dans la $h^{ème}$ strate,
	y_{hi}	est la somme des valeurs du paramètre y dans l'UPS i dans la $h^{ème}$ strate,
	x_{hi}	est la somme des nombres de cas (femmes) dans l'UPS i dans la $h^{ème}$ strate, et
	f	est le taux global de sondage qui est tellement faible que CLUSTERS n'en tient pas compte.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si on avait eu recours à un sondage aléatoire simple. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de la même taille : la valeur 1,0 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1,0 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel CLUSTERS calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDSN ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour tout le pays, l'ensemble du milieu urbain, le milieu rural, la capitale Niamey, les autres centres urbains, et les cinq départements ou groupes de départements (Dosso, Maradi, Tahoua/Agadez, Tillabéri et Zinder/Diffa). Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne ou proportion) et la population de base sont présentés dans le tableau D.1. Les tableaux D.2 à D.11 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95% (M±2ET) pour chaque variable.

En général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. On remarque certaines différences dans les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons : par exemple, pour la variable "Enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans," l'erreur relative en tant que pourcentage de la moyenne estimée est, respectivement, de 1,4%, 2,0% et 3,6% pour l'ensemble des femmes du pays, pour le milieu urbain et pour Niamey.

Pour la même variable, l'EDSN a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,852 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,056 enfant. La fourchette dans laquelle se place la moyenne ± 2 ET est donc 3,740 et 3,963. La probabilité que la vraie valeur du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans soit à l'intérieur de cet intervalle est de 95%.

Tableau D.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, EDS Niger 1992

Variable	Estimation	Population de base
FEMMES		
Résidence urbaine	Proportion	Toutes les femmes
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes
Instruction primaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes
Jamais en union	Proportion	Toutes les femmes
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes
En union avant 20 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
Première activité sexuelle avant 18 ans	Proportion	Femmes 20 ans et plus
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes
Enfants nés vivants	Moyenne	Femmes 40-49 ans
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes
Connaît une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Connaît la source pour une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
A utilisé une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise la pilule	Proportion	Femmes actuellement en union
Utilise une source publique	Proportion	Utilisatrices de méthodes modernes
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union
Taille de famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Diarrhée dans les dernières 24 heures	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfant âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
A reçu traitement médical	Proportion	Enfants âgés 1-59 mois, avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants âgés 12-23 mois
MARIS		
Résidence urbaine	Proportion	Tous les maris
Sans instruction	Proportion	Tous les maris
Instruction primaire ou plus	Proportion	Tous les maris
Connaît une méthode	Proportion	Tous les maris
A utilisé une méthode	Proportion	Tous les maris
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Tous les maris
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Tous les maris
Utilise la pilule	Proportion	Tous les maris
Utilise le condom	Proportion	Tous les maris
Utilise la continence périodique	Proportion	Tous les maris
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Tous les maris
Taille de famille idéale	Moyenne	Tous les maris

Tableau D.2 Erreurs de sondage: Echantillon national, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,173	0,006	6503	6503	1,340	0,036	0,161	0,186
Sans instruction	0,893	0,006	6503	6503	1,535	0,007	0,882	0,905
Instruction primaire ou plus	0,107	0,006	6503	6503	1,535	0,055	0,095	0,118
Jamais en union	0,105	0,005	6503	6503	1,375	0,050	0,094	0,115
Actuellement mariée (en union)	0,855	0,005	6503	6503	1,202	0,006	0,845	0,866
En union avant 20 ans	0,930	0,005	5076	5124	1,283	0,005	0,921	0,939
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,892	0,006	5076	5124	1,334	0,007	0,880	0,904
Enfants nés vivants	3,852	0,056	6503	6503	1,383	0,014	3,740	3,963
Enfants nés vivants	7,495	0,148	881	933	1,297	0,020	7,199	7,791
Enfants survivants	2,621	0,033	6503	6503	1,151	0,013	2,555	2,687
Connaît une méthode	0,773	0,011	5232	5561	1,912	0,014	0,751	0,795
Connaît la source pour une méthode	0,331	0,016	5232	5561	2,514	0,049	0,298	0,364
A utilisé une méthode	0,114	0,007	5232	5561	1,587	0,061	0,100	0,128
Utilise actuellement une méthode	0,044	0,003	5232	5561	1,165	0,075	0,038	0,051
Utilise une méthode moderne	0,023	0,002	5232	5561	1,039	0,095	0,018	0,027
Utilise la pilule	0,015	0,002	5232	5561	1,010	0,114	0,011	0,018
Utilise une source publique	0,933	0,019	316	150	1,362	0,021	0,894	0,971
Ne veut plus d'enfants	0,089	0,005	5232	5561	1,203	0,053	0,080	0,099
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,451	0,009	5232	5561	1,368	0,021	0,432	0,470
Taille de famille idéale	8,227	0,089	5611	5605	2,009	0,011	8,049	8,405
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,231	0,017	6800	7094	2,644	0,073	0,197	0,264
Assistance médicale à l'accouchement	0,149	0,012	6800	7094	2,108	0,077	0,126	0,173
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,155	0,007	5527	5612	1,493	0,048	0,140	0,170
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,279	0,009	5527	5612	1,477	0,033	0,261	0,297
A reçu traitement SRO	0,104	0,011	1410	1566	1,346	0,104	0,083	0,126
A reçu traitement médical	0,099	0,008	1410	1566	1,007	0,080	0,083	0,115
Ayant une carte de santé	0,353	0,023	1082	1086	1,586	0,066	0,306	0,400
A reçu vaccination BCG	0,399	0,024	1082	1086	1,563	0,059	0,352	0,446
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,203	0,016	1082	1086	1,296	0,079	0,171	0,235
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,201	0,016	1082	1086	1,310	0,081	0,169	0,233
A reçu vaccination rougeole	0,278	0,020	1082	1086	1,434	0,071	0,239	0,318
Vacciné contre toutes les maladies	0,174	0,015	1082	1086	1,263	0,085	0,144	0,204
MARIS								
Résidence urbaine	0,148	0,007	1570	1570	0,826	0,050	0,133	0,162
Sans instruction	0,893	0,010	1570	1570	1,333	0,012	0,872	0,914
Instruction primaire ou plus	0,107	0,010	1570	1570	1,333	0,097	0,086	0,128
Connaît une méthode	0,854	0,012	1570	1570	1,348	0,014	0,830	0,878
A utilisé une méthode	0,133	0,008	1570	1570	0,959	0,062	0,117	0,149
Utilise actuellement une méthode	0,067	0,006	1570	1570	0,913	0,086	0,056	0,079
Utilise une méthode moderne	0,026	0,003	1570	1570	0,839	0,129	0,020	0,033
Utilise la pilule	0,015	0,002	1570	1570	0,731	0,148	0,011	0,020
Utilise le condom	0,005	0,002	1570	1570	0,824	0,286	0,002	0,008
Utilise la continence périodique	0,008	0,002	1570	1570	0,993	0,284	0,003	0,012
Ne veut plus d'enfants	0,020	0,004	1570	1570	1,029	0,181	0,013	0,027
Taille de famille idéale	12,110	0,225	1220	1232	1,197	0,019	11,659	12,561

Tableau D.3 Erreurs de sondage: Milieu rural, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,000	0,000	3807	5377	0,000	0,000	0,000	0,000
Sans instruction	0,944	0,006	3807	5377	1,598	0,006	0,932	0,956
Instruction primaire ou plus	0,056	0,006	3807	5377	1,598	0,106	0,044	0,068
Jamais en union	0,082	0,006	3807	5377	1,352	0,073	0,070	0,094
Actuellement mariée (en union)	0,887	0,006	3807	5377	1,143	0,007	0,875	0,899
En union avant 20 ans	0,951	0,005	3017	4261	1,283	0,005	0,941	0,961
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,913	0,006	3017	4261	1,268	0,007	0,901	0,926
Enfants nés vivants	3,961	0,066	3807	5377	1,249	0,017	3,829	4,093
Enfants nés vivants	7,560	0,168	566	799	1,184	0,022	7,224	7,897
Enfants survivants	2,625	0,039	3807	5377	1,052	0,015	2,547	2,702
Connaît une méthode	0,747	0,013	3377	4770	1,705	0,017	0,722	0,773
Connaît la source pour une méthode	0,259	0,019	3377	4770	2,480	0,072	0,221	0,296
A utilisé une méthode	0,080	0,008	3377	4770	1,626	0,095	0,065	0,095
Utilise actuellement une méthode	0,025	0,003	3377	4770	1,283	0,139	0,018	0,031
Utilise une méthode moderne	0,007	0,002	3377	4770	1,323	0,269	0,003	0,011
Utilise la pilule	0,005	0,002	3377	4770	1,327	0,331	0,002	0,008
Utilise une source publique	0,920	0,056	25	35	1,010	0,061	0,808	1,032
Ne veut plus d'enfants	0,080	0,005	3377	4770	1,141	0,067	0,069	0,091
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,457	0,011	3377	4770	1,250	0,023	0,435	0,478
Taille de famille idéale	8,577	0,104	3288	4644	1,819	0,012	8,369	8,785
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,135	0,018	4247	5998	2,836	0,136	0,099	0,172
Assistance médicale à l'accouchement	0,049	0,011	4247	5998	2,789	0,227	0,027	0,071
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,165	0,009	3299	4659	1,322	0,054	0,147	0,183
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,295	0,011	3299	4659	1,317	0,037	0,273	0,317
A reçu traitement SRO	0,073	0,011	973	1374	1,273	0,149	0,051	0,095
A reçu traitement médical	0,067	0,007	973	1374	0,878	0,107	0,053	0,081
Ayant une carte de santé	0,260	0,028	634	895	1,592	0,109	0,204	0,317
A reçu vaccination BCG	0,293	0,028	634	895	1,521	0,095	0,238	0,349
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,110	0,018	634	895	1,432	0,164	0,074	0,147
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,110	0,018	634	895	1,440	0,165	0,074	0,147
A reçu vaccination rougeole	0,202	0,023	634	895	1,439	0,115	0,156	0,248
Vacciné contre toutes les maladies	0,096	0,017	634	895	1,387	0,172	0,063	0,129
MARIS								
Résidence urbaine	0,000	0,000	1035	1338	0,000	0,000	0,000	0,000
Sans instruction	0,932	0,011	1035	1338	1,409	0,012	0,910	0,954
Instruction primaire ou plus	0,068	0,011	1035	1338	1,409	0,163	0,046	0,090
Connaît une méthode	0,844	0,014	1035	1338	1,230	0,016	0,817	0,872
A utilisé une méthode	0,097	0,009	1035	1338	0,985	0,094	0,079	0,115
Utilise actuellement une méthode	0,046	0,006	1035	1338	0,936	0,132	0,034	0,059
Utilise une méthode moderne	0,007	0,003	1035	1338	1,136	0,428	0,001	0,013
Utilise la pilule	0,003	0,002	1035	1338	0,993	0,573	0,000	0,006
Utilise le condom	0,002	0,001	1035	1338	0,998	0,705	0,000	0,005
Utilise la continence périodique	0,006	0,002	1035	1338	0,994	0,405	0,001	0,010
Ne veut plus d'enfants	0,016	0,004	1035	1338	1,003	0,241	0,008	0,024
Taille de famille idéale	12,334	0,252	821	1061	1,117	0,020	11,830	12,837

Tableau D.4 Erreurs de sondage: Niamey, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1347	435	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,552	0,025	1347	435	1,854	0,046	0,501	0,602
Instruction primaire ou plus	0,448	0,025	1347	435	1,854	0,056	0,398	0,499
Jamais en union	0,289	0,013	1347	435	1,071	0,046	0,262	0,315
Actuellement mariée (en union)	0,624	0,015	1347	435	1,127	0,024	0,594	0,653
En union avant 20 ans	0,714	0,017	1014	327	1,216	0,024	0,679	0,749
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,665	0,021	1014	327	1,408	0,031	0,623	0,706
Enfants nés vivants	2,904	0,105	1347	435	1,291	0,036	2,694	3,114
Enfants nés vivants	6,812	0,210	149	48	0,845	0,031	6,392	7,232
Enfants survivants	2,411	0,078	1347	435	1,150	0,033	2,254	2,567
Connaît une méthode	0,951	0,010	840	271	1,291	0,010	0,932	0,970
Connaît la source pour une méthode	0,763	0,017	840	271	1,173	0,023	0,729	0,798
A utilisé une méthode	0,388	0,026	840	271	1,526	0,066	0,337	0,439
Utilise actuellement une méthode	0,208	0,015	840	271	1,104	0,074	0,177	0,239
Utilise une méthode moderne	0,173	0,016	840	271	1,224	0,093	0,141	0,205
Utilise la pilule	0,093	0,013	840	271	1,255	0,135	0,068	0,118
Utilise une source publique	0,928	0,024	180	58	1,256	0,026	0,879	0,976
Ne veut plus d'enfants	0,206	0,018	840	271	1,305	0,088	0,170	0,242
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,401	0,020	840	271	1,161	0,049	0,362	0,440
Taille de famille idéale	5,922	0,145	1208	390	1,803	0,024	5,633	6,211
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,780	0,018	1119	361	1,356	0,023	0,744	0,816
Assistance médicale à l'accouchement	0,775	0,027	1119	361	1,814	0,035	0,720	0,829
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,076	0,009	998	322	1,035	0,117	0,058	0,094
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,172	0,015	998	322	1,225	0,087	0,142	0,202
A reçu traitement SRO	0,366	0,037	172	55	0,978	0,101	0,292	0,441
A reçu traitement médical	0,314	0,043	172	55	1,178	0,137	0,228	0,400
Ayant une carte de santé	0,823	0,029	203	65	1,082	0,035	0,764	0,881
A reçu vaccination BCG	0,941	0,017	203	65	1,013	0,018	0,907	0,974
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,749	0,041	203	65	1,329	0,054	0,667	0,830
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,744	0,041	203	65	1,341	0,056	0,661	0,827
A reçu vaccination rougeole	0,714	0,047	203	65	1,484	0,066	0,619	0,809
Vacciné contre toutes les maladies	0,616	0,051	203	65	1,468	0,082	0,514	0,717
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	246	81	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,581	0,034	246	81	1,089	0,059	0,513	0,650
Instruction primaire ou plus	0,419	0,034	246	81	1,089	0,082	0,350	0,487
Connaît une méthode	0,959	0,018	246	81	1,405	0,018	0,924	0,995
A utilisé une méthode	0,407	0,036	246	81	1,147	0,089	0,335	0,478
Utilise actuellement une méthode	0,232	0,028	246	81	1,026	0,119	0,176	0,287
Utilise une méthode moderne	0,175	0,026	246	81	1,064	0,148	0,123	0,226
Utilise la pilule	0,138	0,024	246	81	1,069	0,171	0,091	0,185
Utilise le condom	0,012	0,007	246	81	1,018	0,585	0,000	0,026
Utilise la continence périodique	0,028	0,013	246	81	1,178	0,440	0,003	0,053
Ne veut plus d'enfants	0,061	0,019	246	81	1,230	0,308	0,023	0,099
Taille de famille idéale	10,383	0,655	196	65	1,161	0,063	9,072	11,693

Tableau D.5 Erreurs de sondage: Autres villes, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	1349	691	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,714	0,022	1349	691	1,753	0,030	0,671	0,757
Instruction primaire ou plus	0,286	0,022	1349	691	1,753	0,075	0,243	0,329
Jamais en union	0,167	0,016	1349	691	1,528	0,093	0,136	0,198
Actuellement mariée (en union)	0,752	0,019	1349	691	1,615	0,025	0,714	0,790
En union avant 20 ans	0,896	0,010	1045	535	1,100	0,012	0,875	0,916
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,860	0,012	1045	535	1,095	0,014	0,837	0,884
Enfants nés vivants	3,594	0,079	1349	691	0,903	0,022	3,435	3,752
Enfants nés vivants	7,271	0,298	166	85	1,071	0,041	6,675	7,867
Enfants survivants	2,729	0,057	1349	691	0,834	0,021	2,615	2,843
Connaît une méthode	0,920	0,015	1015	520	1,736	0,016	0,891	0,950
Connaît la source pour une méthode	0,771	0,024	1015	520	1,810	0,031	0,724	0,819
A utilisé une méthode	0,278	0,017	1015	520	1,218	0,062	0,244	0,312
Utilise actuellement une méthode	0,141	0,011	1015	520	1,051	0,081	0,118	0,164
Utilise une méthode moderne	0,086	0,010	1015	520	1,168	0,120	0,065	0,106
Utilise la pilule	0,066	0,007	1015	520	0,953	0,113	0,051	0,081
Utilise une source publique	0,946	0,027	111	57	1,262	0,029	0,892	1,000
Ne veut plus d'enfants	0,113	0,008	1015	520	0,773	0,068	0,098	0,129
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,429	0,018	1015	520	1,166	0,042	0,392	0,465
Taille de famille idéale	6,959	0,143	1115	571	1,548	0,021	6,673	7,244
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,739	0,023	1434	735	1,622	0,031	0,694	0,785
Assistance médicale à l'accouchement	0,662	0,027	1434	735	1,702	0,041	0,609	0,716
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,121	0,011	1230	630	1,165	0,093	0,099	0,144
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,215	0,014	1230	630	1,125	0,063	0,188	0,243
A reçu traitement SRO	0,313	0,031	265	136	1,028	0,099	0,251	0,375
A reçu traitement médical	0,336	0,034	265	136	1,086	0,102	0,267	0,405
Ayant une carte de santé	0,767	0,027	245	125	0,986	0,035	0,714	0,821
A reçu vaccination BCG	0,869	0,029	245	125	1,335	0,033	0,812	0,927
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,580	0,042	245	125	1,326	0,073	0,495	0,664
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,563	0,044	245	125	1,372	0,078	0,476	0,651
A reçu vaccination rougeole	0,596	0,041	245	125	1,294	0,068	0,514	0,678
Vacciné contre toutes les maladies	0,498	0,042	245	125	1,302	0,084	0,414	0,582
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	289	150	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,713	0,036	289	150	1,345	0,050	0,641	0,785
Instruction primaire ou plus	0,287	0,036	289	150	1,345	0,125	0,215	0,359
Connaît une méthode	0,882	0,019	289	150	1,010	0,022	0,844	0,921
A utilisé une méthode	0,308	0,027	289	150	1,007	0,089	0,253	0,363
Utilise actuellement une méthode	0,163	0,027	289	150	1,237	0,165	0,109	0,216
Utilise une méthode moderne	0,121	0,021	289	150	1,115	0,177	0,078	0,164
Utilise la pilule	0,059	0,013	289	150	0,956	0,225	0,032	0,085
Utilise le condom	0,031	0,010	289	150	0,950	0,312	0,012	0,051
Utilise la continence périodique	0,014	0,007	289	150	0,000	0,497	0,000	0,028
Ne veut plus d'enfants	0,031	0,010	289	150	0,984	0,323	0,011	0,051
Taille de famille idéale	10,921	0,438	203	106	0,949	0,040	10,044	11,798

Tableau D.6 Erreurs de sondage: Milieu urbain, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	1,000	0,000	2696	1126	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,651	0,017	2696	1126	1,854	0,026	0,617	0,685
Instruction primaire ou plus	0,349	0,017	2696	1126	1,854	0,049	0,315	0,383
Jamais en union	0,214	0,011	2696	1126	1,410	0,052	0,192	0,236
Actuellement mariée (en union)	0,703	0,013	2696	1126	1,527	0,019	0,676	0,730
En union avant 20 ans	0,827	0,010	2059	863	1,185	0,012	0,807	0,847
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,786	0,012	2059	863	1,293	0,015	0,763	0,809
Enfants nés vivants	3,328	0,066	2696	1126	1,083	0,020	3,196	3,459
Enfants nés vivants	7,105	0,201	315	133	1,052	0,028	6,703	7,508
Enfants survivants	2,606	0,047	2696	1126	0,980	0,018	2,512	2,701
Connaît une méthode	0,931	0,010	1855	791	1,753	0,011	0,910	0,951
Connaît la source pour une méthode	0,769	0,017	1855	791	1,710	0,022	0,735	0,802
A utilisé une méthode	0,316	0,014	1855	791	1,304	0,045	0,287	0,344
Utilise actuellement une méthode	0,164	0,009	1855	791	1,058	0,055	0,146	0,182
Utilise une méthode moderne	0,115	0,009	1855	791	1,184	0,076	0,098	0,133
Utilise la pilule	0,075	0,007	1855	791	1,067	0,087	0,062	0,088
Utilise une source publique	0,937	0,018	291	115	1,286	0,020	0,900	0,974
Ne veut plus d'enfants	0,145	0,008	1855	791	0,991	0,056	0,129	0,161
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,419	0,014	1855	791	1,194	0,033	0,392	0,447
Taille de famille idéale	6,538	0,107	2323	961	1,711	0,016	6,325	6,752
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,753	0,017	2553	1096	1,670	0,022	0,720	0,786
Assistance médicale à l'accouchement	0,699	0,020	2553	1096	1,823	0,029	0,659	0,740
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,106	0,008	2228	952	1,192	0,075	0,090	0,122
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,201	0,010	2228	952	1,176	0,051	0,180	0,221
A reçu traitement SRO	0,329	0,025	437	191	1,064	0,075	0,280	0,378
A reçu traitement médical	0,329	0,027	437	191	1,162	0,083	0,275	0,384
Ayant une carte de santé	0,786	0,020	448	191	1,058	0,026	0,746	0,827
A reçu vaccination BCG	0,894	0,020	448	191	1,394	0,022	0,854	0,934
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,638	0,032	448	191	1,423	0,051	0,573	0,702
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,625	0,034	448	191	1,470	0,054	0,558	0,692
A reçu vaccination rougeole	0,637	0,032	448	191	1,418	0,050	0,572	0,701
Vacciné contre toutes les maladies	0,538	0,033	448	191	1,420	0,062	0,471	0,605
MARIS								
Résidence urbaine	1,000	0,000	535	232	0,000	0,000	1,000	1,000
Sans instruction	0,667	0,027	535	232	1,324	0,041	0,613	0,721
Instruction primaire ou plus	0,333	0,027	535	232	1,324	0,081	0,279	0,387
Connaît une méthode	0,909	0,014	535	232	1,117	0,015	0,882	0,937
A utilisé une méthode	0,343	0,022	535	232	1,080	0,065	0,298	0,387
Utilise actuellement une méthode	0,187	0,020	535	232	1,199	0,108	0,146	0,227
Utilise une méthode moderne	0,140	0,017	535	232	1,120	0,120	0,106	0,174
Utilise la pilule	0,087	0,012	535	232	0,999	0,140	0,062	0,111
Utilise le condom	0,024	0,007	535	232	1,004	0,274	0,011	0,038
Utilise la continence périodique	0,019	0,006	535	232	1,057	0,329	0,006	0,031
Ne veut plus d'enfants	0,042	0,009	535	232	1,070	0,222	0,023	0,060
Taille de famille idéale	10,716	0,369	399	171	1,036	0,034	9,979	11,454

Tableau D.7 Erreurs de sondage: Dosso, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,077	0,008	703	874	0,768	0,100	0,062	0,093
Sans instruction	0,927	0,013	703	874	1,276	0,014	0,902	0,952
Instruction primaire ou plus	0,073	0,013	703	874	1,276	0,172	0,048	0,098
Jamais en union	0,108	0,017	703	874	1,484	0,161	0,073	0,143
Actuellement mariée (en union)	0,870	0,018	703	874	1,439	0,021	0,833	0,906
En union avant 20 ans	0,928	0,013	538	675	1,143	0,014	0,903	0,954
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,875	0,018	538	675	1,241	0,020	0,839	0,910
Enfants nés vivants	3,908	0,198	703	874	1,588	0,051	3,511	4,305
Enfants nés vivants	7,933	0,362	87	115	1,065	0,046	7,209	8,656
Enfants survivants	2,801	0,119	703	874	1,316	0,042	2,564	3,038
Connaît une méthode	0,859	0,035	593	760	2,460	0,041	0,789	0,930
Connaît la source pour une méthode	0,410	0,056	593	760	2,766	0,136	0,299	0,522
A utilisé une méthode	0,072	0,015	593	760	1,387	0,205	0,043	0,102
Utilise actuellement une méthode	0,027	0,008	593	760	1,213	0,301	0,011	0,043
Utilise une méthode moderne	0,013	0,004	593	760	0,893	0,314	0,005	0,022
Utilise la pilule	0,008	0,003	593	760	0,858	0,382	0,002	0,015
Utilise une source publique	1,000	0,000	14	11	0,000	0,000	1,000	1,000
Ne veut plus d'enfants	0,099	0,014	593	760	1,162	0,144	0,070	0,127
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,500	0,019	593	760	0,913	0,038	0,463	0,538
Taille de famille idéale	8,538	0,175	637	793	1,394	0,021	8,187	8,888
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,256	0,060	794	1005	3,150	0,233	0,137	0,375
Assistance médicale à l'accouchement	0,119	0,034	794	1005	2,360	0,281	0,052	0,186
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,144	0,020	645	816	1,359	0,137	0,104	0,183
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,303	0,027	645	816	1,436	0,089	0,249	0,356
A reçu traitement SRO	0,090	0,022	192	247	0,982	0,249	0,045	0,135
A reçu traitement médical	0,080	0,024	192	247	1,215	0,308	0,031	0,128
Ayant une carte de santé	0,392	0,066	115	143	1,432	0,170	0,259	0,525
A reçu vaccination BCG	0,449	0,070	115	143	1,496	0,157	0,308	0,590
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,120	0,031	115	143	1,013	0,263	0,057	0,183
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,120	0,031	115	143	1,013	0,263	0,057	0,183
A reçu vaccination rougeole	0,277	0,056	115	143	1,343	0,202	0,165	0,389
Vacciné contre toutes les maladies	0,116	0,032	115	143	1,057	0,279	0,051	0,181
MARIS								
Résidence urbaine	0,065	0,010	177	209	0,520	0,149	0,045	0,084
Sans instruction	0,903	0,032	177	209	1,429	0,035	0,840	0,967
Instruction primaire ou plus	0,097	0,032	177	209	1,429	0,329	0,033	0,160
Connaît une méthode	0,988	0,009	177	209	1,033	0,009	0,970	1,005
A utilisé une méthode	0,150	0,021	177	209	0,774	0,139	0,108	0,192
Utilise actuellement une méthode	0,066	0,016	177	209	0,876	0,249	0,033	0,099
Utilise une méthode moderne	0,027	0,010	177	209	0,812	0,365	0,007	0,047
Utilise la pilule	0,009	0,006	177	209	0,914	0,736	0,000	0,021
Utilise le condom	0,016	0,006	177	209	0,674	0,396	0,003	0,029
Utilise la continence périodique	0,009	0,006	177	209	0,916	0,738	0,000	0,022
Ne veut plus d'enfants	0,015	0,009	177	209	0,985	0,604	0,000	0,033
Taille de famille idéale	13,037	0,432	148	174	0,866	0,033	12,172	13,901

Tableau D.8 Erreurs de sondage: Maradi, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,140	0,015	1046	1186	1,408	0,108	0,110	0,170
Sans instruction	0,945	0,011	1046	1186	1,591	0,012	0,922	0,967
Instruction primaire ou plus	0,055	0,011	1046	1186	1,591	0,203	0,033	0,078
Jamais en union	0,060	0,012	1046	1186	1,684	0,207	0,035	0,085
Actuellement mariée (en union)	0,911	0,012	1046	1186	1,324	0,013	0,887	0,934
En union avant 20 ans	0,974	0,005	860	980	0,962	0,005	0,963	0,984
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,943	0,008	860	980	1,024	0,009	0,926	0,959
Enfants nés vivants	4,510	0,131	1046	1186	1,244	0,029	4,248	4,771
Enfants nés vivants	7,979	0,339	173	210	1,261	0,043	7,300	8,658
Enfants survivants	2,774	0,036	1046	1186	0,520	0,013	2,702	2,846
Connaît une méthode	0,873	0,013	938	1080	1,232	0,015	0,846	0,900
Connaît la source pour une méthode	0,289	0,046	938	1080	3,081	0,158	0,197	0,380
A utilisé une méthode	0,175	0,024	938	1080	1,965	0,140	0,126	0,223
Utilise actuellement une méthode	0,064	0,010	938	1080	1,259	0,157	0,044	0,084
Utilise une méthode moderne	0,011	0,003	938	1080	0,973	0,299	0,004	0,018
Utilise la pilule	0,007	0,002	938	1080	0,576	0,222	0,004	0,010
Utilise une source publique	0,961	0,041	22	13	0,959	0,042	0,880	1,042
Ne veut plus d'enfants	0,078	0,010	938	1080	1,162	0,130	0,058	0,099
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,440	0,023	938	1080	1,430	0,053	0,393	0,486
Taille de famille idéale	8,549	0,190	723	845	1,641	0,022	8,169	8,930
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,155	0,032	1192	1352	2,422	0,205	0,092	0,219
Assistance médicale à l'accouchement	0,122	0,025	1192	1352	2,021	0,203	0,073	0,172
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,194	0,015	944	1046	1,125	0,079	0,163	0,224
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,318	0,019	944	1046	1,170	0,059	0,280	0,356
A reçu traitement SRO	0,074	0,014	277	333	0,936	0,192	0,046	0,103
A reçu traitement médical	0,101	0,017	277	333	0,860	0,164	0,068	0,135
Ayant une carte de santé	0,401	0,064	179	193	1,664	0,160	0,272	0,529
A reçu vaccination BCG	0,455	0,057	179	193	1,462	0,125	0,341	0,569
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,184	0,041	179	193	1,321	0,220	0,103	0,266
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,184	0,041	179	193	1,344	0,224	0,102	0,267
A reçu vaccination rougeole	0,355	0,050	179	193	1,328	0,140	0,256	0,454
Vacciné contre toutes les maladies	0,157	0,034	179	193	1,163	0,215	0,089	0,224
MARIS								
Résidence urbaine	0,100	0,018	287	323	1,017	0,181	0,064	0,136
Sans instruction	0,885	0,033	287	323	1,732	0,037	0,819	0,950
Instruction primaire ou plus	0,115	0,033	287	323	1,732	0,284	0,050	0,181
Connaît une méthode	0,788	0,030	287	323	1,239	0,038	0,728	0,848
A utilisé une méthode	0,155	0,020	287	323	0,945	0,131	0,114	0,195
Utilise actuellement une méthode	0,089	0,015	287	323	0,877	0,166	0,059	0,118
Utilise une méthode moderne	0,025	0,011	287	323	1,143	0,423	0,004	0,046
Utilise la pilule	0,010	0,005	287	323	0,883	0,508	0,000	0,021
Utilise le condom	0,007	0,005	287	323	0,959	0,665	0,000	0,017
Utilise la continence périodique	0,004	0,004	287	323	1,099	1,025	0,000	0,012
Ne veut plus d'enfants	0,022	0,008	287	323	0,917	0,358	0,006	0,039
Taille de famille idéale	12,342	0,503	185	219	1,086	0,041	11,337	13,347

Tableau D.9 Erreurs de sondage: Tahoua/Agadez, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,150	0,012	1265	1414	1,233	0,083	0,125	0,175
Sans instruction	0,928	0,010	1265	1414	1,311	0,010	0,908	0,947
Instruction primaire ou plus	0,072	0,010	1265	1414	1,311	0,132	0,053	0,092
Jamais en union	0,099	0,012	1265	1414	1,478	0,125	0,075	0,124
Actuellement mariée (en union)	0,849	0,011	1265	1414	1,089	0,013	0,827	0,871
En union avant 20 ans	0,912	0,009	1031	1153	1,077	0,010	0,893	0,931
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,885	0,012	1031	1153	1,233	0,014	0,860	0,909
Enfants nés vivants	3,890	0,125	1265	1414	1,418	0,032	3,639	4,140
Enfants nés vivants	7,254	0,247	179	210	1,044	0,034	6,760	7,749
Enfants survivants	2,622	0,093	1265	1414	1,468	0,035	2,436	2,807
Connaît une méthode	0,816	0,020	1051	1201	1,636	0,024	0,777	0,855
Connaît la source pour une méthode	0,334	0,028	1051	1201	1,913	0,083	0,279	0,390
A utilisé une méthode	0,142	0,013	1051	1201	1,228	0,093	0,115	0,168
Utilise actuellement une méthode	0,049	0,007	1051	1201	1,016	0,138	0,035	0,063
Utilise une méthode moderne	0,023	0,005	1051	1201	1,047	0,211	0,013	0,033
Utilise la pilule	0,016	0,003	1051	1201	0,891	0,214	0,009	0,023
Utilise une source publique	0,900	0,057	59	35	1,442	0,063	0,787	1,014
Ne veut plus d'enfants	0,072	0,010	1051	1201	1,215	0,134	0,053	0,092
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,431	0,020	1051	1201	1,310	0,046	0,391	0,471
Taille de famille idéale	7,957	0,143	1125	1258	1,691	0,018	7,671	8,242
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,233	0,031	1409	1555	2,074	0,131	0,172	0,294
Assistance médicale à l'accouchement	0,170	0,030	1409	1555	2,259	0,176	0,110	0,230
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,161	0,020	1130	1215	1,712	0,122	0,121	0,200
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,265	0,021	1130	1215	1,482	0,078	0,224	0,307
A reçu traitement SRO	0,143	0,038	281	322	1,814	0,268	0,066	0,219
A reçu traitement médical	0,106	0,021	281	322	1,089	0,195	0,065	0,147
Ayant une carte de santé	0,305	0,030	225	241	0,944	0,098	0,245	0,364
A reçu vaccination BCG	0,365	0,048	225	241	1,435	0,130	0,270	0,460
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,219	0,036	225	241	1,251	0,162	0,148	0,291
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,209	0,035	225	241	1,233	0,165	0,140	0,278
A reçu vaccination rougeole	0,266	0,042	225	241	1,380	0,158	0,182	0,350
Vacciné contre toutes les maladies	0,191	0,034	225	241	1,273	0,181	0,122	0,260
MARIS								
Résidence urbaine	0,156	0,017	293	308	0,783	0,107	0,122	0,189
Sans instruction	0,922	0,012	293	308	0,774	0,013	0,897	0,946
Instruction primaire ou plus	0,078	0,012	293	308	0,774	0,155	0,054	0,103
Connaît une méthode	0,781	0,036	293	308	1,473	0,046	0,710	0,853
A utilisé une méthode	0,126	0,023	293	308	1,205	0,186	0,079	0,173
Utilise actuellement une méthode	0,065	0,015	293	308	1,046	0,232	0,035	0,095
Utilise une méthode moderne	0,019	0,004	293	308	0,551	0,234	0,010	0,027
Utilise la pilule	0,012	0,003	293	308	0,480	0,257	0,006	0,018
Utilise le condom	0,003	0,002	293	308	0,704	0,708	0,000	0,008
Utilise la continence périodique	0,013	0,007	293	308	1,054	0,546	0,000	0,026
Ne veut plus d'enfants	0,008	0,006	293	308	1,091	0,694	0,000	0,020
Taille de famille idéale	12,883	0,391	201	213	0,853	0,030	12,101	13,665

Tableau D.10 Erreurs de sondage: Tillabéri, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,027	0,006	852	1149	1,064	0,220	0,015	0,039
Sans instruction	0,890	0,018	852	1149	1,697	0,020	0,853	0,926
Instruction primaire ou plus	0,110	0,018	852	1149	1,697	0,165	0,074	0,147
Jamais en union	0,152	0,012	852	1149	0,997	0,081	0,127	0,177
Actuellement mariée (en union)	0,814	0,012	852	1149	0,883	0,014	0,790	0,837
En union avant 20 ans	0,934	0,018	604	818	1,818	0,020	0,897	0,971
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,881	0,021	604	818	1,582	0,024	0,839	0,923
Enfants nés vivants	3,569	0,080	852	1149	0,713	0,022	3,410	3,729
Enfants nés vivants	8,009	0,432	107	146	1,492	0,054	7,145	8,873
Enfants survivants	2,622	0,069	852	1149	0,814	0,026	2,483	2,760
Connaît une méthode	0,872	0,016	684	935	1,275	0,019	0,839	0,904
Connaît la source pour une méthode	0,307	0,048	684	935	2,734	0,157	0,211	0,404
A utilisé une méthode	0,058	0,018	684	935	1,983	0,306	0,022	0,093
Utilise actuellement une méthode	0,022	0,009	684	935	1,604	0,406	0,004	0,041
Utilise une méthode moderne	0,017	0,007	684	935	1,482	0,427	0,003	0,032
Utilise la pilule	0,012	0,006	684	935	1,576	0,555	0,000	0,025
Utilise une source publique	1,000	0,000	15	18	0,000	0,000	1,000	1,000
Ne veut plus d'enfants	0,090	0,014	684	935	1,256	0,153	0,063	0,118
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,534	0,025	684	935	1,287	0,046	0,485	0,583
Taille de famille idéale	8,525	0,340	783	1060	2,443	0,040	7,845	9,204
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,242	0,049	933	1266	2,874	0,203	0,144	0,340
Assistance médicale à l'accouchement	0,063	0,024	933	1266	2,571	0,380	0,015	0,111
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,105	0,015	748	1015	1,345	0,143	0,075	0,135
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,242	0,020	748	1015	1,254	0,082	0,202	0,282
A reçu traitement SRO	0,085	0,021	183	246	1,019	0,248	0,043	0,127
A reçu traitement médical	0,066	0,011	183	246	0,619	0,172	0,043	0,089
Ayant une carte de santé	0,355	0,065	173	231	1,735	0,182	0,226	0,485
A reçu vaccination BCG	0,306	0,060	173	231	1,702	0,196	0,186	0,426
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,144	0,045	173	231	1,655	0,310	0,055	0,233
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,144	0,045	173	231	1,682	0,315	0,053	0,235
A reçu vaccination rougeole	0,199	0,049	173	231	1,598	0,246	0,101	0,297
Vacciné contre toutes les maladies	0,130	0,039	173	231	1,507	0,300	0,052	0,207
MARIS								
Résidence urbaine	0,031	0,003	215	266	0,273	0,104	0,025	0,038
Sans instruction	0,945	0,013	215	266	0,831	0,014	0,920	0,971
Instruction primaire ou plus	0,055	0,013	215	266	0,831	0,236	0,029	0,080
Connaît une méthode	0,937	0,030	215	266	1,789	0,032	0,877	0,996
A utilisé une méthode	0,102	0,018	215	266	0,885	0,179	0,066	0,139
Utilise actuellement une méthode	0,044	0,012	215	266	0,884	0,282	0,019	0,069
Utilise une méthode moderne	0,015	0,006	215	266	0,686	0,385	0,003	0,026
Utilise la pilule	0,004	0,002	215	266	0,467	0,509	0,000	0,008
Utilise le condom	0,000	0,000	215	266	0,000	0,000	0,000	0,000
Utilise la continence périodique	0,005	0,005	215	266	1,042	1,018	0,000	0,015
Ne veut plus d'enfants	0,021	0,010	215	266	1,060	0,490	0,000	0,042
Taille de famille idéale	12,686	0,438	183	226	0,874	0,035	11,809	13,563

Tableau D.11 Erreurs de sondage: Zinder/Diffa, EDS Niger 1992

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Résidence urbaine	0,149	0,010	1290	1445	1,023	0,068	0,128	0,169
Sans instruction	0,903	0,012	1290	1445	1,494	0,014	0,879	0,928
Instruction primaire ou plus	0,097	0,012	1290	1445	1,494	0,127	0,072	0,121
Jamais en union	0,052	0,007	1290	1445	1,102	0,131	0,038	0,066
Actuellement mariée (en union)	0,909	0,009	1290	1445	1,114	0,010	0,891	0,927
En union avant 20 ans	0,969	0,006	1029	1171	1,140	0,006	0,957	0,982
Première activité sexuelle avant 18 ans	0,938	0,008	1029	1171	1,095	0,009	0,922	0,955
Enfants nés vivants	3,750	0,117	1290	1445	1,330	0,031	3,516	3,984
Enfants nés vivants	6,793	0,337	186	204	1,229	0,050	6,119	7,467
Enfants survivants	2,451	0,066	1290	1445	1,101	0,027	2,319	2,583
Connaît une méthode	0,496	0,033	1126	1313	2,227	0,067	0,429	0,562
Connaît la source pour une méthode	0,245	0,020	1126	1313	1,571	0,082	0,205	0,285
A utilisé une méthode	0,045	0,007	1126	1313	1,081	0,148	0,032	0,058
Utilise actuellement une méthode	0,016	0,004	1126	1313	0,936	0,217	0,009	0,023
Utilise une méthode moderne	0,009	0,003	1126	1313	0,881	0,269	0,004	0,015
Utilise la pilule	0,009	0,003	1126	1313	0,881	0,269	0,004	0,015
Utilise une source publique	0,880	0,086	26	16	1,318	0,097	0,709	1,051
Ne veut plus d'enfants	0,083	0,009	1126	1313	1,050	0,104	0,066	0,101
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,402	0,016	1126	1313	1,112	0,040	0,370	0,435
Taille de famille idéale	8,548	0,159	1135	1259	1,609	0,019	8,230	8,867
Naissances pour lesquelles la mère a reçu une injection antitétanique	0,141	0,028	1353	1554	2,260	0,198	0,085	0,197
Assistance médicale à l'accouchement	0,097	0,018	1353	1554	1,686	0,183	0,061	0,132
Diarrhée dans les dernières 24 heures	0,187	0,015	1062	1198	1,178	0,078	0,158	0,217
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,303	0,021	1062	1198	1,477	0,070	0,260	0,345
A reçu traitement SRO	0,080	0,022	305	362	1,367	0,269	0,037	0,124
A reçu traitement médical	0,093	0,013	305	362	0,816	0,145	0,066	0,120
Ayant une carte de santé	0,189	0,042	187	212	1,476	0,223	0,105	0,274
A reçu vaccination BCG	0,286	0,037	187	212	1,108	0,128	0,213	0,360
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,154	0,027	187	212	1,021	0,175	0,100	0,207
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,156	0,027	187	212	1,008	0,171	0,103	0,210
A reçu vaccination rougeole	0,175	0,028	187	212	0,999	0,158	0,120	0,230
Vacciné contre toutes les maladies	0,122	0,027	187	212	1,123	0,220	0,068	0,175
MARIS								
Résidence urbaine	0,126	0,015	352	383	0,863	0,121	0,096	0,157
Sans instruction	0,902	0,021	352	383	1,331	0,023	0,860	0,944
Instruction primaire ou plus	0,098	0,021	352	383	1,331	0,216	0,056	0,140
Connaît une méthode	0,816	0,019	352	383	0,920	0,023	0,778	0,854
A utilisé une méthode	0,074	0,012	352	383	0,890	0,168	0,049	0,099
Utilise actuellement une méthode	0,032	0,009	352	383	0,969	0,283	0,014	0,051
Utilise une méthode moderne	0,010	0,005	352	383	0,963	0,508	0,000	0,020
Utilise la pilule	0,007	0,004	352	383	0,958	0,590	0,000	0,016
Utilise le condom	0,001	0,001	352	383	0,694	1,004	0,000	0,004
Utilise la continence périodique	0,004	0,002	352	383	0,689	0,575	0,000	0,009
Ne veut plus d'enfants	0,021	0,008	352	383	1,044	0,381	0,005	0,037
Taille de famille idéale	10,936	0,593	307	336	1,612	0,054	9,750	12,122

ANNEXE E

TABLEAUX POUR L'EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES

Tableau E.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge, selon le sexe (pondéré), EDS Niger 1992

	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
Age	Effectif	%	Effectif	%	Age	Effectif	%	Effectif	%
<1	716	4,7	681	4,2	36	97	0,6	92	0,6
1	573	3,7	465	2,8	37	127	0,8	123	0,8
2	641	4,2	539	3,3	38	82	0,5	111	0,7
3	681	4,4	618	3,8	39	80	0,5	71	0,4
4	574	3,7	564	3,5	40	286	1,9	330	2,0
5	536	3,5	562	3,4	41	59	0,4	45	0,3
6	613	4,0	572	3,5	42	129	0,8	89	0,5
7	678	4,4	636	3,9	43	60	0,4	55	0,3
8	513	3,3	569	3,5	44	67	0,4	46	0,3
9	382	2,5	439	2,7	45	199	1,3	175	1,1
10	617	4,0	603	3,7	46	54	0,4	38	0,2
11	285	1,9	331	2,0	47	93	0,6	71	0,4
12	465	3,0	495	3,0	48	80	0,5	49	0,3
13	357	2,3	382	2,3	49	55	0,4	34	0,2
14	296	1,9	306	1,9	50	206	1,3	235	1,4
15	452	3,0	405	2,5	51	54	0,4	66	0,4
16	217	1,4	265	1,6	52	90	0,6	128	0,8
17	305	2,0	331	2,0	53	44	0,3	81	0,5
18	246	1,6	291	1,8	54	41	0,3	61	0,4
19	136	0,9	158	1,0	55	118	0,8	184	1,1
20	334	2,2	473	2,9	56	59	0,4	65	0,4
21	94	0,6	120	0,7	57	66	0,4	49	0,3
22	180	1,2	263	1,6	58	42	0,3	35	0,2
23	155	1,0	218	1,3	59	30	0,2	13	0,1
24	108	0,7	144	0,9	60	197	1,3	246	1,5
25	316	2,1	620	3,8	61	37	0,2	17	0,1
26	123	0,8	161	1,0	62	52	0,3	36	0,2
27	192	1,3	287	1,8	63	35	0,2	26	0,2
28	152	1,0	209	1,3	64	29	0,2	8	0,0
29	96	0,6	80	0,5	65	85	0,6	105	0,6
30	347	2,3	562	3,4	66	20	0,1	22	0,1
31	95	0,6	93	0,6	67	41	0,3	23	0,1
32	140	0,9	174	1,1	68	23	0,1	22	0,1
33	120	0,8	103	0,6	69	10	0,1	11	0,1
34	76	0,5	87	0,5	70+	448	2,9	352	2,2
35	255	1,7	395	2,4	ND	46	0,3	1	0,0
					Total	15310	100,0	16317	100,0

Tableau E.2 Répartition par âge des femmes éligibles et des femmes enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), EDS Niger 1992

Groupe d'âges	Femmes dans l'enquête ménage: Effectif	Femmes dans l'enquête ménage: %	Femmes enquêtées: Effectif[1]	Femmes enquêtées: %[1]	Femmes enquêtées: Pourcentage enquêtées
10-14	2117	-	-	-	-
15-19	1451	21,4	1345	21,2	92,8
20-24	1219	18,0	1138	18,0	93,4
25-29	1358	20,1	1270	20,1	93,5
30-34	1018	15,0	966	15,3	94,9
35-39	792	11,7	748	11,8	94,5
40-44	564	8,3	523	8,3	92,7
45-49	367	5,4	340	5,4	92,7
50-54	571	-		-	-
15-49	6768	-	6332	-	93,5

Note: La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisées sont celles de l'enqête ménage.
[1]Selon l'âge des femmes dans l'enquête ménage.

Tableau E.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, EDS Niger 1992

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentages d'informations manquantes	Effectif
Date de naissance	Naissances des 15 dernières années		
Mois seulement		40,6	19088
Mois et année		0,1	19088
Age au décès	Naissances des 15 dernières années	0,2	5713
Age/Date de la 1ère union[1]	Femmes non-célibataires	0,3	5561
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,0	6503
Taille à la naissance	Naissances des 1-59 derniers mois	0,5	7094
Anthropométrie[2]	Enfants vivants de 0-59 mois		
Taille		13,3	5717
Poids		10,4	5717
Taille et poids		13,3	5717
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Enfants vivants de 0-59 mois	3,2	5717

[1]Sans information pour l'âge et l'année
[2]Enfant non mesuré

Tableau E.4 Naissances par année du calendrier

Répartition des naissances par année du calendrier pour les enfants survivants (S), décédés (D) et l'ensemble des enfants (E), pourcentage de ceux ayant une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles (pondéré), EDS Niger 1992

	Effectifs de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
Années	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
92	628	29	657	96,8	84,0	96,2	107,8	134,9	108,8	-	-	-
91	1359	145	1504	92,5	86,3	91,9	108,2	84,1	105,6	155,5	89,9	145,3
90	1121	293	1414	86,3	74,3	83,8	127,2	101,2	121,2	93,4	111,3	96,6
89	1040	382	1422	79,6	69,8	76,9	114,2	81,0	104,1	96,9	105,9	99,2
88	1025	429	1454	74,7	61,4	70,8	113,0	95,3	107,5	106,3	111,6	107,8
87	888	386	1274	70,6	63,7	68,5	97,8	112,2	102,0	88,7	73,7	83,6
86	977	619	1595	64,1	52,2	59,5	119,4	102,4	112,5	105,2	140,7	116,6
85	968	494	1462	54,8	52,6	54,0	105,7	107,2	106,2	103,6	84,9	96,4
84	892	545	1437	47,6	39,9	44,7	94,3	86,4	91,2	101,5	118,9	107,4
83	791	422	1213	44,6	42,3	43,8	91,3	107,9	96,8	-	-	-
88-92	5173	1278	6451	85,6	70,2	82,5	114,2	91,4	109,3	-	-	-
83-87	4516	2465	6981	56,7	49,7	54,2	101,8	101,9	101,9	-	-	-
78-82	3416	1824	5240	39,4	40,1	39,6	102,4	106,0	103,6	-	-	-
73-77	2096	1207	3303	37,8	38,6	38,1	108,4	104,0	106,8	-	-	-
< 73	1846	1226	3072	38,6	43,1	40,4	108,7	109,6	109,0	-	-	-
Ensemble	17047	8000	25047	57,7	48,1	54,6	107,1	102,5	105,6	-	-	-

[1]Mois et année de naissance déclarés
[2]$(N_m/N_f)x100$, où N_m est le nombre de naissances masculines et N_f le nombre de naissances féminines
[3]$[2N_x/(N_{x-1}+N_{x+1})]x100$, où N_x est le nombre de naissances de l'année x

Tableau E.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Niger 1992

Age au décès en jours	Années précédant l'enquête 0-4	5-9	10-14	15-19	Total 0-19
<1	47	63	25	25	161
1	37	42	49	22	150
2	17	31	17	7	72
3	28	36	20	11	95
4	6	23	16	9	53
5	8	15	8	10	41
6	15	23	14	15	66
7	24	28	19	19	90
8	19	24	20	13	76
9	10	5	11	4	30
10	8	16	10	6	41
11	0	4	1	1	7
12	5	6	4	6	21
13	1	1	3	1	7
14	25	42	20	14	101
15	3	12	5	6	26
16	3	3	5	1	11
17	3	5	0	0	8
18	1	0	0	3	4
19	1	4	1	0	6
20	7	15	10	8	41
21	7	9	4	8	28
22	0	1	4	0	6
23	0	2	1	0	3
24	1	1	0	0	3
25	4	5	1	0	9
27	4	3	0	0	7
28	0	1	1	1	3
29	1	1	1	1	6
30	5	4	5	3	17
31 ou +	11	14	6	11	42
Ensemble 0-30	294	428	275	196	1192
% néonatal précoce[1]	53,9	54,4	54,1	50,7	53,6

[1]0-6 jours/0-30 jours

Tableau E.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), EDS Niger 1992

Age au décès en mois	Années précédant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1 mois[1]	294	428	276	196	1193
1	62	51	51	35	199
2	36	51	37	17	142
3	49	54	30	31	165
4	41	49	25	12	127
5	50	49	34	25	158
6	38	53	36	20	146
7	58	66	43	30	197
8	35	55	19	13	122
9	29	49	38	29	145
10	43	45	21	25	134
11	56	66	45	22	189
12	78	122	62	54	316
13	40	50	37	15	143
14	25	24	27	14	90
15	21	40	25	16	101
16	17	17	7	3	44
17	16	26	12	8	62
18	40	62	46	20	168
19	19	45	21	20	105
20	15	20	15	7	57
21	10	7	13	6	36
22	6	13	11	5	36
23	11	32	12	4	58
24 ou +	17	40	30	13	101
1 an[2]	59	81	43	30	214
% néonatal[3]	37,1	42,1	42,0	43,0	40,9
Ensemble 0-11	790	1015	657	455	2918

[1]Y compris les décès survenus à moins de 1 mois, déclarés en jours
[2]Age au décès déclaré est 1 an au lieu de 12 mois
[3]Moins de 1 mois/moins de 1 an

ANNEXE F

QUESTIONNAIRES

MINISTERE DU PLAN | REPUBLIQUE DU NIGER

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

Confidentiel

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
FEUILLE MENAGE

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT ______	N° STRATE......
ARRONDISSEMENT ______	N° GRAPPE...
COMMUNE/CANT./CENTRE URBAIN ______	N° STRUCTURE
VILLAGE/QUARTIER ______	N° MENAGE......

NIAMEY=1 /AGADEZ,MARADI,TAHOUA,ZINDER=2 /AUTRES VILLES=3 /RURAL=4...

NOM PERSONNE INTERROGEE ______	N° de ZD....

N° DE LIGNE DE L'ENQUETE POUR LA FEUILLE MENAGE.................

ENQUETE MARI: OUI 1 NON 2

VISITES D'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR MOIS.... ANNEE...
NOM DE L'ENQUETRICE	______	______	______	CODE ENQUETRICE
RESULTAT*	______	______	______	RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	______ ______	______ ______		NOMBRE TOTAL DE VISITES

*CODES RESULTAT:

1 REMPLI
2 MENAGE PRESENT MAIS PAS D'ENQ. COMPET. A LA MAISON
3 MENAGE ABSENT
4 DIFFERE
5 REFUSE
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT A L'ADRESSE
7 LOGEMENT DETRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVE
9 AUTRE ______
(PRECISER)

TOTAL DANS LE MENAGE

N. ALEATOIRE

TOTAL DES FEMMES ELIGIBLES

TOTAL DES MARIS ELIGIBLES

N° DU QUESTIONNAIRE | NOMBRE DE QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.. 1

LANGUE DE L'INTERVIEW **______

INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2) ....

** CODES LANGUES: 1 FRANCAIS 2 HAOUSSA 3 DJERMA 4 AUTRES

	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
NOM DATE	______ ______	______ ______	______ ______	

TABLEAU DE MENAGE

Maintenant nous voudrions des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui habitent chez vous actuellement.

N°	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE*	RESIDENCE		SEXE	AGE	EDUCATION SI AGE DE 6 ANS ET PLUS			SURVIE ET RESIDENCE DES PARENTS POUR LES PERSONNES DE MOINS DE 15 ANS***				POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS ETAT MATRIMONIAL	ELIGIBILITE DES FEMMES	ELIGIBILITE DES MARIS POUR CHAQUE FEMME ELIGIBLE ET EN UNION
	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des *personnes qui* vivent habituellement dans votre ménage et des invités qui ont passé la nuit dernière ici, *en commençant par le* chef de ménage.	Quel est le lien de *parenté de* (NOM) avec le chef de ménage?	(NOM) vit-il/elle habituellement dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle dormi dans ce ménage la nuit dernière?	(NOM) est-*il de* sexe masculin ou féminin?	Quel âge a *(NOM)?* NOTER: 97 pour 97 ans et plus	(NOM) a-t-il */elle* fréquenté l'école? *SI NON* PASSER A Q.11	SI A FREQUENTE ECOLE Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint? Quel est la dernière classe que (NOM) a achevé à ce niveau?**	*SI AGE* DE MOINS DE 25 ANS (NOM) va-t-il */elle* encore à l'école?	Est-ce que la mère *qui a mis* (NOM) au monde est toujours en vie? *SI 'NON'* OU 'NSP' PASSER A Q. 13	SI EN VIE *Est-ce* que la *mère qui* a mis (NOM) au monde vit dans ce *ménage?* SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE NUMERO DE LIGNE DE LE MERE	Est-ce que le père *qui a mis* (NOM) au monde est toujours en vie? *SI 'NON'* OU 'NSP' PASSER A Q. 15	SI EN VIE *Est-ce* que le père qui a mis (NOM) au monde vit dans ce *ménage?* SI OUI: Quel est son nom? INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE DU PERE	Est-ce que (NOM) est actuellement *marié(e)/en union,* veuf(ve), divorcé(e) /séparé(e) ou célibataire? MARIE/UNION =1 *VEUF(VEUVE)* =2 DIVORCE/SEPARE =3 CELIBATAIRE =4	ENTOURER LE NUMERO *DE LIGNE* DES FEMMES AGEES DE 15 à 49 ANS (VOIR Q.6 ET Q.7) *SI MENAGE A* PLUS DE 20 MEMBRES: INSCRIRE LE N.A.	Le mari/conjoint de *(NOM) vit-il habituellement* dans ce ménage, ou a-t-il dormi la nuit dernière dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? *INSCRIRE LE NUMERO* DE LIGNE DU MARI EN FACE DE CELUI DE SA FEMME SI NON: INSCRIRE '00' EN FACE DU NUMERO DE *LIGNE DE SA FEMME*
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
			OUI NON	OUI NON	H F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP				
01			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	01	
02			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	02	
03			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	03	
04			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	04	
05			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	05	
06			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	06	
07			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	07	
08			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	08	
09			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	09	
10			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	10	

SUITE DU TABLEAU DE MENAGE

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
			OUI NON	OUI NON	M F	EN ANS.	OUI NON	NIVEAU CLAS.	OUI NON	OUI NON NSP		OUI NON NSP				
11			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	11	
12			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	12	
13			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	13	
14			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	14	
15			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	15	
16			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	16	
17			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	17	
18			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	18	
19			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	19	
20			1 2	1 2	1 2		1 2		1 2	1 2 8		1 2 8		1 2 3 4	20	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISEE ET NOTER LE NUMERO DE FEUILLE EN 1° PAGE ☐

NOMBRE TOTAL DE FEMMES ELIGIBLES ☐☐

NOMBRE TOTAL DE MARIS ELIGIBLES ☐☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète:

1) Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pa portés sur la liste? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

2) De plus, y-a-t-il d'autres parsonnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, ou des amis qui vivent habituellement avec vous dans le même ménage? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

3) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière? OUI ☐ → INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON ☐

* CODES POUR Q.3: LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

01= CHEF DE MENAGE
02= FEMME OU MARI
03= FILS OU FILLE
04= GENDRE OU BELLE-FILLE
05= PETIT-FILS OU -FILLE
06= PERE OU MERE
07= BEAU-PERE OU BELLE-MERE
08= FRERE OU SOEUR
09= CO-EPOUSE
10= AUTRE PARENT
11= ENFANT ADOPTE OU EN GARDE
12= SANS PARENTE
98= NSP

** CODES POUR Q.9

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1°CYC.	3= SEC. 2°CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE 1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP ------	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+ 8= NSP	

*** Ces questions concernent les parents biologiques de l'enfant. Noter 00 si les parents ne sont pas membres du ménage.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
18	D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC...............12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUITS PUBLIC/FORAGE..........22 EAU DE SURFACE SOURCE.......................31 RIVIERE/RUISSEAU.............32 MARE/LAC.....................33 BARRAGE......................34 EAU DE PLUIE..................41 VENDEUR D'EAU..................51 EAU EN BOUTEILLE...............61 AUTRE_____________71 (PRECISER)	11 →20 21 →20 41 →20 61 →20
19	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES................[ ][ ][ ] SUR PLACE....................996	
20	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI...........................1 NON...........................2	1 →22
21	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....11 ROBINET PUBLIC...............12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE.....21 PUITS PUBLIC/FORAGE..........22 EAU DE SURFACE SOURCE.......................31 RIVIERE/RUISSEAU.............32 MARE/LAC.....................33 BARRAGE......................34 EAU DE PLUIE..................41 VENDEUR D'EAU..................51 EAU EN BOUTEILLE...............61 AUTRE_____________71 (PRECISER)	
22	Quel genre de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.......12 CHASSE D'EAU PUBLIQUE........13 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE...............21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.......22 PAS DE W.C./BROUSSE...........31 AUTRE_____________41 (PRECISER)	
23	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigérateur?	OUI NON ELECTRICITE................1 2 RADIO......................1 2 TELEVISION.................1 2 REFRIGERATEUR..............1 2	
24	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES...................[ ][ ]	
25	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE..................11 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.........31 BANDE DE VINYLE..............32 CARRELAGE....................33 CIMENT.......................34 MOQUETTE.....................35 AUTRE_____________41 (PRECISER)	
26	PRINCIPAL MATERIAU DU TOIT. ENREGISTRER L'OBSERVATION.	BETON.........................01 TOLE..........................02 BANCO.........................03 PAILLE........................04 TENTE.........................05 AUTRE_____________06 (PRECISER)	
27	Y-a-t-il quelqu'un dans votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une charrette?	OUI NON BICYCLETTE.................1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE....................1 2 CHARRETTE..................1 2	

MINISTERE DU PLAN — REPUBLIQUE DU NIGER

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

Confidentiel — QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT ______	N° STRATE......
ARRONDISSEMENT ______	N° GRAPPE...
COMMUNE/CANT./CENTRE URBAIN______	N° STRUCTURE
VILLAGE/QUARTIER ______	N° MENAGE......
NIAMEY=1 /AGADEZ,MARADI,TAHOUA,ZINDER=2 /AUTRES VILLES=3 /RURAL=4...	
NOM DE LA FEMME ______	N° de ZD....
N° DE LIGNE DE LA FEMME..	

VISITES D'ENQUETRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR MOIS.... ANNEE...
NOM DE L'ENQUETRICE	______	______	______	CODE ENQUETRICE
RESULTAT*	______	______	______	RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE	______ ______	______ ______		NOMBRE TOTAL DE VISITES

*CODES RESULTAT:
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUSE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE ______ (PRECISER)

QUESTIONNAIRE FRANCAIS..	1
LANGUE DE L'INTERVIEW **______	
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	

** CODES LANGUES: 1 FRANCAIS 2 HAOUSSA 3 DJERMA 4 AUTRES

	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
NOM DATE	______ ______	______ ______	______ ______	

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETEES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE......................[ ][ ] MINUTES....................[ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-mêmes et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL............1 AGADEZ/MARADI/TAHOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE...........................3 CAMPAGNE........................4	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES.....................[ ][ ] TOUJOURS.......................95 VISITEUR.......................96	→105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Niamey, ou dans une autre capitale à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY/AUTRE CAPITAL............1 AGADEZ/MARADI/TAHOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...2 VILLE...........................3 CAMPAGNE........................4	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS.......................[ ][ ] NSP MOIS.......................98 ANNEE......................[ ][ ] NSP ANNEE......................98	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES.....[ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.............................1 NON.............................2	→111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1° cycle, secondaire 2° cycle, ou supérieur?*	PRIMAIRE........................1 SECONDAIRE 1° CYCLE.............2 SECONDAIRE 2° CYCLE.............3 SUPERIEUR.......................4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE........................[ ]	
110	VERIFIER 108: PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU SUPERIEUR [ ]		→112
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout?	FACILEMENT......................1 AVEC DIFFICULTE.................2 PAS DU TOUT.....................3	→113
112	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.............................1 NON.............................2	
113	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.............................1 NON.............................2	
114	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.............................1 NON.............................2	
115	Quelle est votre religion?	MUSULMANE.......................1 CHRETIENNE......................2 ANIMISTE........................3 AUTRE ________________________4 (PRECISER)	
116	Quelle est votre nationalité?	NIGERIENNE.....................01 TOGOLAISE......................02 BENINOISE......................03 MALIENNE.......................04 BURKINABE......................05 AUTRE AFRICAIN.................06 AUTRE ______________________07 (PRECISER)	02–07 →118

* Codes pour Q.108 et 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1°CYC.	3= SEC. 2°CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP ------	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+ 8= NSP	

2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
117	Quelle est votre ethnie?	ARABE....01 DJERMA....02 GOURMANTHE....03 HAOUSSA....04 KANOURI....05 MOSSI....06 PEULH....07 TOUAREG BELLA....08 TOUBOU....09 AUTRE______10 (PRECISER)	
118	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE ☐ (V) L'ENQUETEE EST RESIDENTE ☐ → 201		201
119	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Niamey, ou dans une autre cpitale, à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder ou dans une autre grande ville de l'étranger, dans une ville ou à la campagne?	NIAMEY....1 AUTRE CAPITALE....2 AGADEZ/MARADI/TAHOUA/ZINDER AUTRE GRANDE VILLE ETRANGER...3 VILLE....4 CAMPAGNE....5	1, 2 → 121
120	Dans quel département est-ce situé?	AGADEZ....01 DIFFA....02 DOSSO....03 MARADI....04 TILLABERI....05 TAHOUA....06 ZINDER....07 ETRANGER....08	
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient l'eau que votre ménage utilise pour se laver les mains et pour laver la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....11 ROBINET PUBLIC....12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....21 PUITS PUBLIC/FORAGE....22 EAU DE SURFACE SOURCE....31 RIVIERE/RUISSEAU....32 MARE/LAC....33 BARRAGE....34 EAU DE PLUIE....41 VENDEUR D'EAU....51 EAU EN BOUTEILLE....61 AUTRE______71 (PRECISER)	11 → 123 21 → 123 41 → 123 61 → 123
122	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES....[ ][ ][ ] SUR PLACE....996	
123	Pour boire, votre ménage utilise-t-il l'eau de la même origine?	OUI....1 NON....2	1 → 125
124	D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....11 ROBINET PUBLIC....12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....21 PUITS PUBLIC/FORAGE....22 EAU DE SURFACE SOURCE....31 RIVIERE/RUISSEAU....32 MARE/LAC....33 BARRAGE....34 EAU DE PLUIE....41 VENDEUR D'EAU....51 EAU EN BOUTEILLE....61 AUTRE______71 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
125	Quel genre de w.c. utilisez-vous dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.......12 CHASSE D'EAU PUBLIQUE........13 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE...............21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES.......22 PAS DE W.C./BROUSSE............31 AUTRE ____________ 41 (PRECISER)	
126	Dans votre ménage, avez-vous? L'électricité? Une radio? Une télévision? Un réfrigerateur?	OUI NON ELECTRICITE................1 2 RADIO......................1 2 TELEVISION.................1 2 REFRIGERATEUR..............1 2	
127	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.................... [ ][ ]	
128	Pouvez-vous décrire le plancher de votre logement?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE..................11 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRE.........31 BANDE DE VINYLE..............32 CARRELAGE....................33 CIMENT.......................34 MOQUETTE.....................35 AUTRE ____________ 41 (PRECISER)	
129	Pouvez-vous décrire le toit de votre logement?	BETON..........................01 TOLE...........................02 BANCO..........................03 PAILLE.........................04 TENTE..........................05 AUTRE ____________ 06 (PRECISER)	
130	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède: Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture? Une charrette?	OUI NON BICYCLETTE.................1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1 2 VOITURE....................1 2 CHARRETTE..................1 2	

4

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance?	OUI....1 NON....2	 →206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI....1 NON....2	 →204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON.... [ ][ ] FILLES A LA MAISON.... [ ][ ]	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI....1 NON....2	 →206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS.... [ ][ ] FILLES AILLEURS.... [ ][ ]	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI....1 NON....2	 →208
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES.... [ ][ ] FILLES DECEDEES.... [ ][ ]	
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.... [ ][ ]	
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE		
210	VERIFIER 208: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES [ ] ↓ AUCUNE NAISSANCE [ ] →		→223

5

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPAREES)

212 Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	213 Quand (NOM) est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	216 (NOM) est-il/elle encore en vie?	217 SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	218 SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	219 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	220 SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.
01 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
02 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
03 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
04 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
05 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
06 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
07 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]
08 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... [ ][ ] ANNEE.. [ ][ ]	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES [ ][ ]	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3 [ ][ ]

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT:	219 SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS:	220 SI DECEDE(E):
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	Quand (NOM est né(e) était-il/elle seul ou avait-elle un jumeau?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)? SI MOIS/SAISON INCONNU = 98	(NOM) est-il/elle encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Avec qui vit-il/elle? SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.
09 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
10 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
11 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
12 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
13 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
14 ____ (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI...1 NON...2 → 220	AGE EN ANNEES	OUI.......1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.......2	PERE...........1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT..3 (PASSER A 221)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3

221 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES ☐ | LES NOMBRES SONT DIFFERENTS ☐ → (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE ☐

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE ☐

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE ☐

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS ☐

222 VERIFIER 215 ET INSCRIRE LE NOMBRE DE NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987
S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'. ☐

7

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI ....1 NON ....2 PAS SURE 8	 →226 →226
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS .... [ ][ ]	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u>, vouliez-vous attendre <u>plus tard</u>, ou vouliez-vous <u>ne pas</u> tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA ....1 PLUS TARD ....2 NE VOULAIT PAS ....3 DIEU L'A VOULU ....4 NSP 5	
226	Il y a combien de temps que vos dernières règles ont commencé?	JOURS ....1 [ ][ ] SEMAINES ....2 [ ][ ] MOIS ....3 [ ][ ] ANNEES ....4 [ ][ ] EN MENOPAUSE ....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE ...995 JAMAIS EU DE REGLES 996	
227	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles <u>suivantes</u>, y-a-t-il certains moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI ....1 NON ....2 NSP 8	 →301 →301
228	A quel moment du cycle menstruel une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT SES REGLES ....1 JUSTE APRES LA FIN DE SES REGLES ....2 AU MILIEU DU CYCLE ....3 JUSTE AVANT LE DEBUT DE SES REGLES ....4 AUTRE ______________________ 5 (PRECISER) NSP 8	

8

SECTION 3: CONTRACEPTION

301	Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE. PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 302, POSER 303-304 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)? LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	304 Savez-vous où l'on peut aller pour se procurer (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	OUI....1 NON....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	OUI....1 NON....2
03 INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	OUI....1 NON....2
04 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	OUI....1 NON....2
05 CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	Avez-vous déjà utilisé le condom avec un partenaire? OUI....1 NON....2	OUI....1 NON....2
06 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI....1 NON....2	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? OUI....1 NON....2
07 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	Votre mari/conjoint a-t-il eu une opération pour ne plus avoir d'enfants? OUI....1 NON....2	Savez-vous où l'on peut subir une opération pour être stérilisé? OUI....1 NON....2
08 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	Savez-vous où l'on peut obtenir des conseils sur la façon de pratiquer la continence périodique? OUI....1 NON....2
09 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	
10 GRIS-GRIS Les femmes peuvent utiliser des amulettes pour ne pas tomber enceinte.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2	
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 ______ (PRECISER) 2 ______ (PRECISER)	OUI/SPONTANE....1 NON....3 ↓	OUI....1 NON....2 OUI....1 NON....2	

305	VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) ☐ ↓ AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) ☐ → PASSER A 308

N°	QUESTIONS ET FILTRES		PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI .... ☐ NON .... ☐	 →326
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-305 (ET 302 SI NECESSAIRE)		
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS .... ☐☐	
309	VERIFIER 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ ↓ ENCEINTE ☐ →		→326
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE ☐ ↓ FEMME STERILISEE ☐ →		→312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI .... 1 NON 2	 →326
312 312A	Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLER '06' POUR LA STERILISATION FEMININE	PILULE .... 01 DIU .... 02 INJECTIONS .... 03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE .... 04 CONDOM .... 05 STERILISATION FEMININE .... 06 STERILISATION MASCULINE .... 07 CONTINENCE PERIODIQUE .... 08 RETRAIT .... 09 GRIS-GRIS .... 10 AUTRE ______ 11 (PRECISER)	 02-07 →318 08-11 →323
313	Au moment où vous avez commencé à utiliser la pilule pour la première fois, avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	
314	Au moment où vous vous êtes procuré des pilules la dernière fois, avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme?	OUI .... 1 NON 2	
315	Puis-je voir la boite de pilules que vous utilisez en ce moment?	STEDIRIL .... 01 MINIDRIL .... 02 *MILLI ANOVLAR* .... *03* EUGYNON .... 04 ADEPAL .... 05 MINIPHASE .... 06 LO-FEMENAL .... 07 EUGYNON .... 08 AUTRE ______ 09 (PRECISER) *BOITE NON MONTREE* *10*	01-09 →317
316	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?	STEDIRIL .... 01 MINIDRIL .... 02 MILLI ANOVLAR .... 03 EUGYNON .... 04 ADEPAL .... 05 MINIPHASE .... 06 LO-FEMENAL .... 07 EUGYNON .... 08 AUTRE ______ 09 (PRECISER) NSP 98	
317 317A	Combien vous coûte une boite de pilules? *(NOTER LE PRIX)* Pour combien de cycle utilisez-vous cette boite de pilules? (NOTER LE NOMBRE DE CYCLES)	PRIX .... ☐☐☐☐ *GRATUIT* .... 9996 NSP .... 9998 NOMBRE DE CYCLES .... ☐	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE(E) ☐ → Où a eu lieu la stérilisation? UTILISE UNE AUTRE METHODE ☐ → OÙ avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? _______________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL....................11 CENTRE MEDICAL..............12 CENTRE DE SANTE FAMILIALE....13 PMI.........................14 DISPENSAIRE.................15 MATERNITE...................16 PHARMACIE POPULAIRE.........17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL............22 PHARMACIE...................23 AUTRE SECTEUR PRIVE PARENTE.....................31 VOISINE.....................32 AUTRE_______________41 (PRECISER) NSP.........................98	31, 32, 41, 98 →321
319	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES. SI 1 JOUR OU+ = 24 HEURES	MINUTES...............1 ☐☐☐ HEURES................2 0☐☐ NSP.......................9998	
320	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE......................1 DIFFICILE...................2	
321	VERIFIER 312: ELLE/IL EST STERILISE(E) ☐ ↓ UTILISE UNE AUTRE METHODE ☐ → 323		→323
322	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS.................. ☐☐ ANNEE................. ☐☐	→336
323	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.	MOIS.................. ☐☐ 8 ANS OU PLUS...............96	
324	Avez-vous eu des problèmes avec la méthode que vous utilisez actuellement?	OUI.........................1 NON.........................2	2 →331
325	A qui avez-vous demandé conseils pour ces problèmes?	PERSONNEL DE SANTE..........1 CONNAISSANCE/PARENTE........2 CONJOINT....................3 PERSONNE....................4	→331
326	Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?	OUI.........................1 NON.........................2 NSP.........................8	1 →328 8 →332
327	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS............01 MANQUE D'INFORMATION........02 PARTENAIRE DESAPPROUVE......03 COUT TROP ELEVE.............04 EFFETS SECONDAIRES..........05 PROBLEMES DE SANTE..........06 DIFFICILE A OBTENIR.........07 RELIGION....................08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 FATALISTE...................10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS....12 DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13 MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE...14 PAS COMMODE.................15 NON MARIEE..................16 AUTRE _______________17 (PRECISER) NSP.........................98	→332
328	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?	OUI.........................1 NON.........................2 NSP.........................8	
329	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE......................01 DIU.........................02 INJECTIONS..................03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....04 CONDOM......................05 STERILISATION FEMININE......06 STERILISATION MASCULINE.....07 CONTINENCE PERIODIQUE.......08 RETRAIT.....................09 GRIS-GRIS...................10 AUTRE_______________.11 (PRECISER) PAS SURE....................98	08–98 →332

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
330	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 329)? _______________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL ....11 CENTRE MEDICAL...............12 CENTRE DE SANTE FAMILIALE....13 PMI..........................14 DISPENSAIRE..................15 MATERNITE....................16 PHARMACIE POPULAIRE..........17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL.............22 PHARMACIE....................23 AUTRE SECTEUR PRIVE PARENTE......................31 VOISINE......................32 AUTRE _______________41 (PRECISER) NSP..........................98	11-23 →334 31-41 →336 98 →332
331	VERIFIER 312: UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT OU UNE AUTRE METHODE TRADITIONNELLE ☐ ↓	UTILISE UNE METHODE MODERNE ☐	→336
332	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI..........................1 NON..........................2	2 →336
333	Où est-ce? _______________ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL ....11 CENTRE MEDICAL...............12 CENTRE DE SANTE FAMILIALE....13 PMI..........................14 DISPENSAIRE..................15 MATERNITE....................16 PHARMACIE POPULAIRE..........17 SECTEUR MEDICAL PRIVE CABINET DE MEDECIN PRIVE.....21 CLINIQUE/HOPITAL.............22 PHARMACIE....................23 AUTRE SECTEUR PRIVE PARENTE......................31 VOISINE......................32 AUTRE _______________41 (PRECISER) NSP..........................98	31-98 →336
334	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES, INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES. SI 1 JOUR OU+ = 24 HEURES	MINUTES...............1 ☐☐☐ HEURES................2 0☐☐ NSP....................9998	
335	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE.......................1 DIFFICILE....................2	
336	Durant le mois dernier, avez-vous entendu un message à propos du planning familial à: la radio? la télévision?	OUI NON RADIO..............1 2 TELEVISION.........1 2	
337	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations à propos du planning familial soient données à la *radio ou à la télévision*?	ACCEPTABLE...................1 PAS ACCEPTABLE...............2 NSP..........................8	
338	Durant les douze derniers mois, avez-vous assisté à des séances de sensibilisation ou à des causeries sur le planning familial?	OUI..........................1 NON..........................2	2 →401
339	Où avez-vous assisté à ces séances ou causeries?	FORMATION SANITAIRE..........1 QUARTIER.....................2 AUTRE _______________3 (PRECISER) NSP..........................8	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1987 [ ] ↓ AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 [ ] → (PASSER A 491)			
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM ______ VIVANT [ ] DECEDE [ ]	AVANT-DERNIERE MAISS. NOM ______ VIVANT [ ] DECEDE [ ]	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______ VIVANT [ ] DECEDE [ ]
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u>, vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> ou vouliez-vous <u>ne plus</u> avoir d'enfant?	A CE MOMENT-LA..........1 (PASSER A 405) PLUS TARD...............2 NE VOULAIT PLUS.........3 (PASSER A 405)	A CE MOMENT-LA..........1 (PASSER A 405) PLUS TARD...............2 NE VOULAIT PLUS.........3 (PASSER A 405)	A CE MOMENT-LA..........1 (PASSER A 405) PLUS TARD...............2 NE VOULAIT PLUS.........3 (PASSER A 405)
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.............1 [ ][ ] ANNEES...........2 [ ][ ] NSP..................998	MOIS.............1 [ ][ ] ANNEES...........2 [ ][ ] NSP..................998	MOIS.............1 [ ][ ] ANNEES...........2 [ ][ ] NSP..................998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse? SI OUI, Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.............D AUTRE ______ E (PRECISER) PERSONNE................F (PASSER A 409)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.............D AUTRE ______ E (PRECISER) PERSONNE................F (PASSER A 409)	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADITIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.............D AUTRE ______ E (PRECISER) PERSONNE................F (PASSER A 409)
406	Vous a-t-on donné un carnet de santé pour cette grossesse?	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS.............. [ ][ ] NSP....................98	MOIS.............. [ ][ ] NSP....................98	MOIS.............. [ ][ ] NSP....................98
408	Combien de visites prénatales avez-vous fait pendant cette grossesse?	NBRE. DE VISITES... [ ][ ] NSP....................98	NBRE. DE VISITES... [ ][ ] NSP....................98	NBRE. DE VISITES... [ ][ ] NSP....................98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance?	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 411) NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 411) NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 411) NSP.....................8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE................ [ ] NSP.....................8	NOMBRE................ [ ] NSP.....................8	NOMBRE................ [ ] NSP.....................8
411	Où avez-vous accouché de (NOM)?	MAISON PROPRE MAISON.........11 AUTRE MAISON..........12 SECTEUR PUBLC HOPITAL...............21 MATERNITE.............22 DISPENSAIRE...........23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE ______ 41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.........11 AUTRE MAISON..........12 SECTEUR PUBLC HOPITAL...............21 MATERNITE.............22 DISPENSAIRE...........23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE ______ 41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.........11 AUTRE MAISON..........12 SECTEUR PUBLC HOPITAL...............21 MATERNITE.............22 DISPENSAIRE...........23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE ______ 41 (PRECISER)

		DERNIERE NAISSANCE NOM ____________	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ____________	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ____________
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER SUR LE GENRE DE PERSONNE ET ENCERCLER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.............D PARENT..................E AUTRE ________________F (PRECISER) PERSONNE.................G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.............D PARENT..................E AUTRE ________________F (PRECISER) PERSONNE.................G	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.................A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE (TRADI-TIONNELLE) FORMEE/ MATRONE...............C ACCOUCHEUSE TRADI-TIONNELLE.............D PARENT..................E AUTRE ________________F (PRECISER) PERSONNE.................G
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME..................1 PREMATUREMENT............2 NSP......................8	A TERME..................1 PREMATUREMENT............2 NSP......................8	A TERME..................1 PREMATUREMENT............2 NSP......................8
414	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI......................1 NON......................2	OUI......................1 NON......................2	OUI......................1 NON......................2
415	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS................1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE..............2 MOYEN....................3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE..............4 TRES PETIT...............5 NSP......................8	TRES GROS................1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE..............2 MOYEN....................3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE..............4 TRES PETIT...............5 NSP......................8	TRES GROS................1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE..............2 MOYEN....................3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE..............4 TRES PETIT...............5 NSP......................8
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI......................1 NON......................2 (PASSER A 418)	OUI......................1 NON......................2 (PASSER A 419)	OUI......................1 NON......................2 (PASSER A 419)
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES......[ ].[ ] NSP.....................98	KILOGRAMMES......[ ].[ ] NSP.....................98	KILOGRAMMES......[ ].[ ] NSP.....................98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI ....1 (PASSER A 420) NON......................2 (PASSER A 421)		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI ....1 NON......................2 (PASSER A 423)	OUI ....1 NON......................2 (PASSER A 423)
420	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez vous pas eu de règles?	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98
421	VOIR 223: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE [ ] ↓ ENCEINTE OU PAS SURE [ ] (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI......................1 NON......................2 (PASSER A 424)		
423	Pendant combien de mois après la naisance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98	MOIS...............[ ][ ] NSP.....................98

14

		DERNIERE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ________	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ________
424	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI....................1 (PASSER A 426) NON....................2	OUI....................1 (PASSER A 433) NON....................2	OUI....................1 (PASSER A 433) NON....................2
425	Pourquoi n'avez-vous pas allaité (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AUTRE ________ 08 (PRECISER) (PASSER A 435)	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AUTRE ________ 08 (PRECISER) (PASSER A 435)	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AUTRE ________ 08 (PRECISER) (PASSER A 435)
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT..........000 HEURES.............1 [ ][ ] JOURS..............2 [ ][ ]		
427	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 433)		
428	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 433)		
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT [ ][ ]		
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR [ ][ ]		
431	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière avez-vous donné à (NOM) un des aliments ou boissons suivants: Eau? Eau sucrée? Jus? Infusion? Lait en boite pour bébé? Autre lait en boite ou en poudre? Lait frais (d'animaux) Autres liquides Bouillie? Autre aliment spécialement préparé pour l'enfant? Plat familial?	OUI NON EAU ....1 2 EAU SUCREE............1 2 JUS...................1 2 INFUSION/GUITTI/BAOURI.1 2 LAIT EN BOITE BEBE.....1 2 AUTRE LAIT EN BOITE/ EN POUDRE...........1 2 LAIT FRAIS.............1 2 AUTRES LIQUIDES........1 2 BOUILLIE...............1 2 AUTRE ALIMENT PREPARE SPEC. POUR ENFANT...1 2 PLAT FAMILIAL..........1 2		
432	VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS [ ] (PASSER A 437) RIEN DU TOUT [ ] (PASSER A 436)		

		DERNIERE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______
433	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS............... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES......96 (PASSER A 436)	MOIS............... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES......96 (PASSER A 436)	MOIS............... [ ][ ] JUSQU'A SON DECES......96 (PASSER A 436)
434	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AGE DU SEVRAGE..........08 *TOMBEE ENCEINTE*.........09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.......10 AUTRE ______ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AGE DU SEVRAGE..........08 *TOMBEE ENCEINTE*.........09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.......10 AUTRE ______ 11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE......01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE...........03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN........04 LAIT INSUFFISANT........05 TRAVAILLE...............06 ENFANT A REFUSE.........07 AGE DU SEVRAGE..........08 *TOMBEE ENCEINTE*.........09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.......10 AUTRE ______ 11 (PRECISER)
435	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 437)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 437)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 437)
436	Avez-vous déjà donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose *d'autre à boire ou à manger* (autre que le lait maternel)?	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 440)	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 440)	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 440)
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner un des aliments ou boissons suivants de façon régulière?:			
	Lait en boite ou lait autre que le lait maternel?	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96
	Eau?	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96
	Infusion?	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96
	Autres liquides?	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96
	Bouillie ou aliment solide?	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96	AGE EN MOIS......... [ ][ ] JAMAIS DONNE............96
	SI MOINS DE 1 MOIS, *INSCRIRE* '00'.		*(PASSER A 440)*	*(PASSER A 440)*
438	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 440)		
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 441			

441 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	☐☐	☐☐	☐☐
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM ______ VIVANT ☐ DECEDE ☐	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______ VIVANT ☐ DECEDE ☐	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______ VIVANT ☐ DECEDE ☐
442	Avez-vous un carnet ou une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plait?	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446) PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446) PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 444) OUI, NON VU.....2 (PASSER A 446) PAS DE CARNET.....3
443	Avez-vous jamais eu de carnet ou de carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 446) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446) NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 446) NON.....2

444 (1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET/CARTE.

(2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE LE CARNET/CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.

Vaccin		JOUR MOIS ANNEE		JOUR MOIS ANNEE		JOUR MOIS ANNEE
BCG	BCG	☐☐ ☐☐ ☐☐	BCG	☐☐ ☐☐ ☐☐	BCG	☐☐ ☐☐ ☐☐
POLIO 0	PO	☐☐ ☐☐ ☐☐	PO	☐☐ ☐☐ ☐☐	PO	☐☐ ☐☐ ☐☐
POLIO 1	P1	☐☐ ☐☐ ☐☐	P1	☐☐ ☐☐ ☐☐	P1	☐☐ ☐☐ ☐☐
POLIO 2	P2	☐☐ ☐☐ ☐☐	P2	☐☐ ☐☐ ☐☐	P2	☐☐ ☐☐ ☐☐
POLIO 3	P3	☐☐ ☐☐ ☐☐	P3	☐☐ ☐☐ ☐☐	P3	☐☐ ☐☐ ☐☐
DTCoq 1	D1	☐☐ ☐☐ ☐☐	D1	☐☐ ☐☐ ☐☐	D1	☐☐ ☐☐ ☐☐
DTCoq 2	D2	☐☐ ☐☐ ☐☐	D2	☐☐ ☐☐ ☐☐	D2	☐☐ ☐☐ ☐☐
DTCoq 3	D3	☐☐ ☐☐ ☐☐	D3	☐☐ ☐☐ ☐☐	D3	☐☐ ☐☐ ☐☐
IMOVAX 1	IM1	☐☐ ☐☐ ☐☐	IM1	☐☐ ☐☐ ☐☐	IM1	☐☐ ☐☐ ☐☐
IMOVAX 2	IM2	☐☐ ☐☐ ☐☐	IM2	☐☐ ☐☐ ☐☐	IM2	☐☐ ☐☐ ☐☐
ROUGEOLE	ROU	☐☐ ☐☐ ☐☐	ROU	☐☐ ☐☐ ☐☐	ROU	☐☐ ☐☐ ☐☐
FIEVRE JAUNE	F.J	☐☐ ☐☐ ☐☐	F.J	☐☐ ☐☐ ☐☐	F.J	☐☐ ☐☐ ☐☐

445	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, IMOVAX 1-2, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE, PUIS PASSER A 448.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR EN 444) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448)
446	(NOM) a-t-il/elle jamais reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448) NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448) NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______
447	S'il vous plait, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:			
	Une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras gauche qui a laissé une cicatrice?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
	Une vaccination contre la polio, c'est à dire des gouttes dans la bouche?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
	SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS........ [ ]	NOMBRE DE FOIS........ [ ]	NOMBRE DE FOIS........ [ ]
	Une injection contre la rougeole?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
	Une injection au pistolet?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
	SI OUI: Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS........ [ ]	NOMBRE DE FOIS........ [ ]	NOMBRE DE FOIS........ [ ]
448	VOIR 216: ENFANT VIVANT?	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 450)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 450)	VIVANT [ ] DECEDE [ ] (PASSER A 450)
449	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482.			
450	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
451	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 455) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 455) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 455) NSP....................8
452	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux dans les dernières 24 heures?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
453	Combien de jours (a durée la toux/depuis combien de jours dure la toux)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS............. [ ][ ]	JOURS............. [ ][ ]	JOURS............. [ ][ ]
454	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8
455	VOIR 450 ET 451: FIEVRE OU TOUX?	"OUI" DANS 450 OU 451 [ ] AUTRE [ ] →(PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 [ ] AUTRE [ ] →(PASSER A 460)	"OUI" DANS 450 OU 451 [ ] AUTRE [ ] →(PASSER) A 460)
456	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la fièvre/toux?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 458) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 458) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 458) NSP....................8
457	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la fièvre/toux? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	INJECTION...............A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP..E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE ______ H (PRECISER)	INJECTION...............A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP..E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE ______ H (PRECISER)	INJECTION...............A ANTIBIOTIQUE (COMPRIME OU SIROP).....B ANTI-PALUDEEN (COMPRIME OU SIROP).....C SIROP CONTRE LA TOUX.....D AUTRE COMPRIME OU SIROP..E COMPRIME/SIROP INCONNU...F REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE ______ H (PRECISER)
458	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 460)	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 460)	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 460)

		DERNIERE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______
459	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL................A CENTRE MEDICAL........B PMI...................C DISPENSAIRE...........D MATERNITE.............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.........G SECOURISTE............H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE.............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE______________Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL................A CENTRE MEDICAL........B PMI...................C DISPENSAIRE...........D MATERNITE.............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.........G SECOURISTE............H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE.............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE______________Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL................A CENTRE MEDICAL........B PMI...................C DISPENSAIRE...........D MATERNITE.............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE.........G SECOURISTE............H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE.............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE______________Q (PRECISER)
460	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....................1 (PASSER A 462) NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 (PASSER A 462) NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 (PASSER A 462) NON.....................2 NSP.....................8
461	RETOURNER A 442 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 482			
462	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS.............[ ][ ]	JOURS.............[ ][ ]	JOURS.............[ ][ ]
464	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8 (PASSER A 468)	OUI.....................1 NON.....................2 NSP.....................8 (PASSER A 468)
465	VOIR 424/428: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITE?	OUI [ ] NON [ ] (PASSER A 468)		
466	Quand (NOM) avait la diarrhée, avez-vous changé le nombre d'allaitements?	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 468)		
467	Avez-vous <u>augmenté</u> ou <u>réduit</u> le nombre de rations,ou avez-vous <u>arrêté complètement</u>?	AUGMENTE................1 REDUIT..................2 ARRETE COMPLETEMENT.....3		
468	(En dehors du lait maternel) Lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8
469	Lui avez-vous donné à manger la même quantité d'aliments qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8	MEME....................1 PLUS....................2 MOINS...................3 NSP.....................8
470	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 472) NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 472) NSP.....................8	OUI.....................1 NON.....................2 (PASSER A 472) NSP.....................8
471	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE...........C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION...............E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G GUITTI/BAOURI...........H AUTRE ______________I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE...........C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION...............E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G GUITTI/BAOURI...........H AUTRE ______________I (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE...........C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION...............E (I.V.) INTRAVEINEUSE.....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G GUITTI/BAOURI...........H AUTRE ______________I (PRECISER)

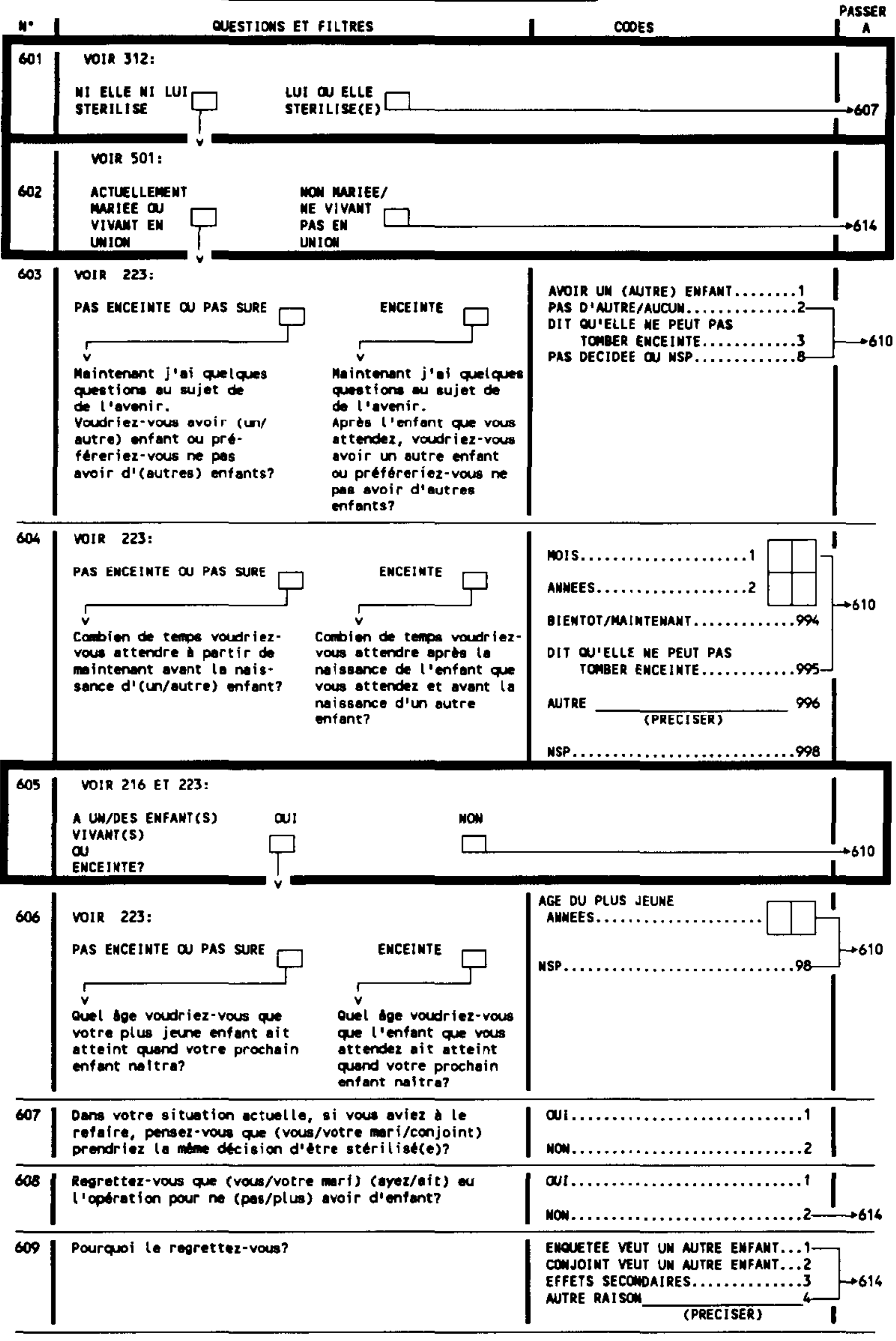
		DERNIERE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM ______
472	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 474)	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 474)	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 474)
473	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..............A CENTRE MEDICAL........B PMI..................C DISPENSAIRE..........D MATERNITE............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE........G SECOURISTE...........H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE ______ Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..............A CENTRE MEDICAL........B PMI..................C DISPENSAIRE..........D MATERNITE............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE........G SECOURISTE...........H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE ______ Q (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..............A CENTRE MEDICAL........B PMI..................C DISPENSAIRE..........D MATERNITE............E PHARMACIE POPULAIRE...F EQUIPE MOBILE........G SECOURISTE...........H SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL......I PHARMACIE............J CABINET MED. PRIVE....K DISPENSAIRE PRIVE.....L AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE..M BOUTIQUE/MARCHE.......N GUERISSEUR TRADITIONNEL.........O VOISINE/PARENTE.......P AUTRE ______ Q (PRECISER)
474	VOIR 471: LIQUIDE D'UN SACHET SRO CITE	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE SRO CITE ☐ (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE SRO CITE ☐ (PASSER A 476)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE SRO CITE ☐ (PASSER A 476)
475	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre contre la diarrhée et les vomissements quand il/elle avait la diarrhée?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 478) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 478) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 478) NSP....................8
476	Combien de temps après le début de la diarrhée, (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98
477	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé à partir du sachet spécial? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98
478	VOIR 471: LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE MAISON CITE ☐ (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE MAISON CITE ☐ (PASSER A 480)	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE ☐ OUI, LIQUIDE MAISON CITE ☐ (PASSER A 480)
479	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau quand il/elle avait la diarrhée?	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 481) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 481) NSP....................8	OUI....................1 NON....................2 (PASSER A 481) NSP....................8
480	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec du sucre, du sel et de l'eau? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98	JOURS.............. ☐☐ NSP....................98
481	RETOURNER A 442 POUR L'ENFANT SUIVANT; OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 482.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
482	VOIR 471 ET 475 (TOUTES LES COLONNES): SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A UN ENFANT ☐ → 486 SOLUTION SRO D'UN SACHET DONNEE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 475 NON POSEE ☐ ↓		
483	Avez-vous déjà entendu parler d'un sachet spécial de de poudre que l'on peut obtenir pour le traitement de la diarrhée et des vomissements?	OUI....1 NON....2	1→485
484	Avez-vous déjà vu un sachet comme ceux-ci auparavant? MONTRER LES DEUX SACHETS.	OUI....1 NON....2	2→489
485	Avez-vous déjà preparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI....1 NON....2	2→488
486	La dernière fois que vous avez préparé le sachet spécial de poudre, avez-vous préparé tout le sachet en une fois, ou seulement une partie du sachet?	TOUT LE SACHET EN UNE FOIS......1 PARTIE DU SACHET....2	2→488
487	Quelle qauntité d'eau avez-vous utilisé pour préparer le sachet spécial de poudre la dernière fois que vous l'avez fait?	1/2 LITRE/ 1/2 TASSE A SAUCE...01 1 LITRE/TASSE A SAUCE....02 1,5 LITRES/1,5 TASSES A SAUCE..03 2 LITRES/ 2 TASSES A SAUCE.....04 SELON INSTRUCTIONS DU SACHET...05 AUTRE ________ 06 (PRECISER) NSP....98	
488	Où pouvez-vous obtenir le sachet spécial de poudre? INSISTER: Nulle part ailleurs? INSCRIRE TOUS LES LIEUX CITES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL....A CENTRE MEDICAL....B PMI....C DISPENSAIRE....D EQUIPE MOBILE....E PHARMACIE POPULAIRE....F SECOURISTE....G SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL....H PHARMACIE....I CABINET MEDECIN PRIVE....J DISPENSAIRE PRIVE....K AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE....L VOISINE/PARENTE....M AUTRE ________ N (PRECISER)	
489	VOIR 471 ET 479 (TOUTES LES COLONNES): LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT ☐ ↓ LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A AUCUN ENFANT OU 471 ET 479 NON POSEE ☐ → 491		
490	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec du sucre, du sel et de l'eau que vous avez donnée à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL....11 CENTRE MEDICAL....12 PMI....13 DISPENSAIRE....14 EQUIPE MOBILE....15 SECOURISTE/MATRONE....16 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL....21 PHARMACIE....22 CABINET MEDICAL PRIVE....23 DISPENSAIRE PRIVE....24 AUTRE SECTEUR PRIVE DEPOT PHARMACEUTIQUE....31 VOISINE/PARENTE....32 AUTRE ________ 41 (PRECISER)	
491	Combien de repas avez-vous pris, hier, vous et votre famille?	NOMBRE DE REPAS.... ☐	
492	D'où provient la nourriture que vous avez mangée hier?	PRODUCTION FAMILIALE....A ACHETEE....B REÇUE COMME DON....C AUTRE ________ D (PRECISER)	

SECTION 5. MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement en union avec un homme?	OUI....1 NON....2	1 → 504
502	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme?	OUI....1 NON....2	2 → 513
503	Etes-vous actuellement veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE....1 DIVORCEE....2 SEPAREE....3	1, 2, 3 → 508
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE....1 HABITE AILLEURS....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI....1 NON....2	2 → 508
506	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE.... [ ][ ] NSP....98	98 → 508
507	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième .... épouse?	RANG.... [ ][ ]	
508	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS....1 PLUS D'UNE FOIS....2	
509	En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (premier) mari/conjoit?	MOIS.... [ ][ ] NSP MOIS....98 ANNEE.... [ ][ ] NSP ANNEE....98	
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE.... [ ][ ] NSP AGE....98	
511	VOIR 509 ET 510: ANNEE ET MOIS DONNES — OUI [ ] ↓ — NON [ ]		NON → 514
512	VERIFIER LA COHERENCE DE 509 ET 510: ANNEE DE NAISSANCE (105) [ ][ ] PLUS + AGE AU MARIAGE (510) [ ][ ] = ANNEE DE MARIAGE CALCULEE [ ][ ] SI NECESSAIRE, CALCULER L'ANNEE DE NAISSANCE ANNEE ACTUELLE [ ][ ] MOINS - AGE ACTUEL (106) [ ][ ] = ANNEE DE NAISSANCE CALCULEE [ ][ ] L'ANNEE DE MARIAGE CALCULEE EST-ELLE, A UNE ANNEE PRES, LA MEME QUE L'ANNEE DE MARIAGE ENREGISTREE (509) OUI [ ] (PASSER A 514) NON [ ] → VERIFIER ET CORRIGER 509 ET 510.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
513	SI JAMAIS EN UNION: Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI....1 NON....2	 →518
514	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS.... [ ][ ]	
515	Combien de fois par mois avez-vous <u>habituellement</u> des rapports sexuels?	NOMBRE DE FOIS.... [ ][ ]	
516	Combien de temps y a-t-il depuis que vous avez eu des rapports sexuels pour la dernière fois?	JOURS....1 [ ][ ] SEMAINES....2 [ ][ ] MOIS....3 [ ][ ] ANNEES....4 [ ][ ] AVANT DERNIERE NAISSANCE....996	
517	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des rapports sexuels?	AGE.... [ ][ ] PREMIERE FOIS AU MARIAGE....96	
518	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI....1 2 AUTRES HOMMES....1 2 AUTRES FEMMES....1 2	



SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VOIR 312: NI ELLE NI LUI STERILISE ☐ ↓ LUI OU ELLE STERILISE(E) ☐		→607
602	VOIR 501: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION ☐ ↓ NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION ☐		→614
603	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ → Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? ENCEINTE ☐ → Maintenant j'ai quelques questions au sujet de de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT........1 PAS D'AUTRE/AUCUN..............2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE............3 PAS DECIDEE OU NSP............8	 →610 (2, 3, 8)
604	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ → Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant? ENCEINTE ☐ → Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS....................1 ☐☐ ANNEES..................2 ☐☐ BIENTOT/MAINTENANT.............994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE...........995 AUTRE ______________ 996 (PRECISER) NSP...........................998	→610 (1, 2, 994, 995)
605	VOIR 216 ET 223: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) OU ENCEINTE? OUI ☐ ↓ NON ☐		→610
606	VOIR 223: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ☐ → Quel âge voudriez-vous que votre plus jeune enfant ait atteint quand votre prochain enfant naîtra? ENCEINTE ☐ → Quel âge voudriez-vous que l'enfant que vous attendez ait atteint quand votre prochain enfant naîtra?	AGE DU PLUS JEUNE ANNEES.................... ☐☐ NSP...........................98	→610
607	Dans votre situation actuelle, si vous aviez à le refaire, pensez-vous que (vous/votre mari/conjoint) prendriez la même décision d'être stérilisé(e)?	OUI...........................1 NON...........................2	
608	Regrettez-vous que (vous/votre mari) (ayez/ait) eu l'opération pour ne (pas/plus) avoir d'enfant?	OUI...........................1 NON...........................2	 →614
609	Pourquoi le regrettez-vous?	ENQUETEE VEUT UN AUTRE ENFANT...1 CONJOINT VEUT UN AUTRE ENFANT...2 EFFETS SECONDAIRES.............3 AUTRE RAISON______________4 (PRECISER)	→614

24

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter d'avoir des enfants?	APPROUVE.........................1 DESAPPROUVE......................2 NSP..............................8	
611	Combien de fois avez-vous parlé de planning familial avec votre mari/conjoint au cours de l'année dernière?	JAMAIS...........................1 UNE OU DEUX FOIS.................2 PLUS SOUVENT.....................3	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI..............................1 NON..............................2	
613	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le <u>même</u> nombre d'enfants que vous, en veut <u>davantage</u> ou <u>moins</u> que vous?	MEME NOMBRE ....1 PLUS D'ENFANTS...................2 MOINS D'ENFANTS..................3 NSP..............................8	
614	Après la naissance d'un enfantt, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les relations sexuelles?	MOIS.....................1 [ ][ ] ANNEES...................2 [ ][ ] AUTRE________________________996 (PRECISER)	
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.........................1 PAS D'IMPORTANCE.................2	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.........................1 DESAPPROUVE......................2	
617	VOIR 216: A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) [ ] → Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? N'A PAS D'ENFANT VIVANT [ ] → Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE.................... [ ][ ] AUTRE REPONSE ______________96 (PRECISER)	
618	D'aprés vous quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....................1 [ ][ ] ANNEES...................2 [ ][ ] AUTRE____________________....996 (PRECISER)	

	FILTRES	CODES	PASSER A
701	VOIR 501 ET 502: EST/A ETE MARIEE OU EN UNION ☐ → POSER LES QUESTIONS SUR LE MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT JAMAIS MARIEE/JAMAIS EN UNION ☐		→708
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a frequenté l'école?	OUI....1 NON....2	 →705
703	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?*	PRIMAIRE....1 SECONDAIRE 1° CYCLE....2 SECONDAIRE 2° CYCLE....3 SUPERIEUR....4 NSP....8	 →705
704	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau?*	CLASSE....☐ NSP....8	
705	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	☐☐ ________ ________ ________	
706	VOIR 705: TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) DANS L'AGRICULTURE ☐ ↓ NE TRAVAILLE (TRAVAILLAIT) PAS DANS L'AGRICULTURE ☐		→708
707	Est-ce que votre mari/conjoint (travaille/travaillait) principalement sur sa propre terre ou celle de sa famille, ou est-ce-qu'il (loue/louait) la terre, ou est-ce-qu'il (travaille/travaillait) sur la terre de quelqu'un d'autre?	CHAMP PERSONNEL/FAMILIAL....1 CHAMP LOUE....2 CHAMP DE QUELQU'UN D'AUTRE....3	

* Codes pour Q.108 et 109

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1°CYC.	3= SEC. 2°CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
CLASSES	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP ------	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+ 8= NSP	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	En dehors de votre propre travail domestique, travaillez-vous actuellement?	OUI....1 NON....2	1→710
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent dans les champs de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI....1 NON....2	2→801
710	Quelle est votre occupation, c'est à dire, quel genre de travail faites-vous?	______ ______ ______	
711	Dans votre travail actuel, travaillez-vous pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE....2 A SON COMPTE....3	
712	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI....1 NON....2	
713	Faites-vous ce travail à la maison ou en dehors de chez vous?	MAISON....1 AILLEURS....2	
714	VOIR 215/216/218: A UN ENFANT NE DEPUIS JANV. 1987 ET VIVANT A LA MAISON? OUI ☐ ↓	NON ☐	NON→801
715	Pendant que vous travaillez, avez-vous habituellement (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) avec vous, l'avez-vous quelque fois avec vous ou jamais avec vous?	HABITUELLEMENT....1 QUELQUE FOIS....2 JAMAIS....3	1→801
716	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	MARI/CONJOINT....01 ENFANT(S) PLUS AGE(S)....02 AUTRES PARENTS....03 VOISINS....04 AMIS....05 DOMESTIQUE/AIDE....06 ENFANT A L'ECOLE....07 JARDIN D'ENFANTS....08 AUTRE ______ 09 (PRECISER)	

27

801 Maintenant je voudrais vous poser quelques questions à propos de vos frères et soeurs, c'est-à-dire les enfants de votre propre mère. S'il vous plaît, donnez-moi le nom de tous vos frères et soeurs qui vivent avec vous, qui vivent ailleurs ou qui sont décédés.

ENREGISTREZ LE NOM DE TOUS LES FRERES ET SOEURS. SI AUCUN FRERE OU SOEUR [ ] → PASSER A 819.

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
802 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né le premier (né après NOM)?	....	....	....	....	....	....	....
803 (NOM) est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [2]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [3]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [4]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [5]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [6]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [7]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [8]
	......S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815......						
805 Quel âge a (NOM)?	[ ][ ] PASSER A [2]	[ ][ ] PASSER A [3]	[ ][ ] PASSER A [4]	[ ][ ] PASSER A [5]	[ ][ ] PASSER A [6]	[ ][ ] PASSER A [7]	[ ][ ] PASSER A [8]
	......S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815......						
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [2]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [3]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [4]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [5]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [6]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [7]	[ ][ ] SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [8]
	......S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815......						
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2
810 Est-ce que (NOM) est décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8
812	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI [ ] NON [ ] PASSER A Q.814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ] ....
814 Combien de grossesses a eu (NOM)(y compris celle au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	[ ][ ] PASSER A [2]	[ ][ ] PASSER A [3]	[ ][ ] PASSER A [4]	[ ][ ] PASSER A [5]	[ ][ ] PASSER A [6]	[ ][ ] PASSER A [7]	[ ][ ] PASSER A [8]
	......S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815......						

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
802 Quel nom a été donné à votre frère ou soeur né après NOM)?							
803 (NOM)est-il/elle de sexe masculin ou féminin?	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2	HOMME......1 FEMME......2
804 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [9]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [10]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [11]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [12]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [13]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [14]	OUI........1 NON........2 PASSER A 806 NSP........8 PASSER A [15]
	........................S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815........................						
805 Quel âge a (NOM)?	PASSER A [9]	PASSER A [10]	PASSER A [11]	PASSER A [12]	PASSER A [13]	PASSER A [14]	PASSER A [15]
	........................S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815........................						
806 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)?							
807 Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [9]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [10]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [11]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [12]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [13]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [14]	SI 'HOMME' OU DECEDE AVANT 15 ANS PASSER A [15]
	........................S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815........................						
808 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée?	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2	OUI........1 PASSER A 811 NON........2
809 Est-ce que (NOM) est décédée pendant un accouchement?	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2
810 Est-ce que (NOM) est décédée dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812	OUI........1 NON........2 PASSER A 812
811 Est-ce que le décès de (NOM) était en rapport avec la grossesse/suite de l'accouchement?	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8	OUI........1 PASSER A 814 NON....... 2 NSP........8
812	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814	VOIR Q.806-807 DECES ENTRE 15 ET 50 ANS ET DANS LES 20 DERNIERES ANNEES OUI NON PASSER A Q.814
813 De quoi (NOM) est-elle morte?							
814 Combien de grossesses a eu (NOM)(y compris celle au cours/à la suite de laquelle elle est décédée)?	PASSER A [9]	PASSER A [10]	PASSER A [11]	PASSER A [12]	PASSER A [13]	PASSER A [14]	PASSER A [15]
	........................S'IL N'Y A PLUS DE FRERE OU SOEUR, PASSER A Q.815........................						

815 Je voudrais être sûre d'avoir bien compris. En tout votre propre mère a donné naissance à ___ enfants y compris vous?

OUI [ ] → V   NON [ ] → VERIFIER ET CORRIGER

816 Parmi vos frères, ___ sont décédés?

OUI [ ] → V   NON [ ] → VERIFIER ET CORRIGER

817 Parmi vos soeurs, ___ sont décédées?

OUI [ ] → V   NON [ ] → VERIFIER ET CORRIGER

818 Y-a-t-il une ou plusieurs de vos soeurs (de votre propre mère) ayant plus de 14 ans qui vit dans ce ménage?

OUI [ ] → V   NON [ ] → (PASSER A 819)

VERIFIER AVEC L'ENQUETEE QUELLES FEMMES ELIGIBLES DU QUESTIONNAIRE MENAGE SONT SES SOEURS ET ET INSCRIRE LEUR NUMERO DE LIGNE CI-DESSOUS.

[ ][ ]   [ ][ ]   [ ][ ]   [ ][ ]   [ ][ ]   [ ][ ]

819 INSCRIRE L'HEURE.

HEURE........................ [ ][ ]

MINUTES...................... [ ][ ]

30

SECTION 9. TAILLE ET POIDS

901	VERIFIER 215, 216:
	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1987 ☐ ↓ AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1987 ☐ → FIN

ENQUETRICE: EN 902(COLONES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1987 ET ENCORE EN VIE.
EN 903 ET 904 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1987. EN 907 ET 909 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.
(NOTE: TOUTES LES ENQUETEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1987 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES).
(S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1987, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
902 N° DE LIGNE DE LA Q.212		☐☐	☐☐	☐☐
903 NOM, DE LA Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM) ______	(NOM) ______	(NOM) ______	(NOM) ______
904 DATE DE NAISSANCE DE Q.105 POUR L'ENQUETEE DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDEZ LE JOUR DE NAISSANCE	MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐
905 Est-ce que vous/(NOM) souffre(z) de dundumi? PRECISER: Est-ce que vous/(NOM) avez (a) des difficultés pour y voir au crépuscule, la nuit ou dans une pièce mal éclairée?	OUI............1 NON............2 AVEUGLE........3 NSP............8	OUI............1 NON............2 AVEUGLE........3 NSP............8	OUI............1 NON............2 AVEUGLE........3 NSP............8	OUI............1 NON............2 AVEUGLE........3 NSP............8
906 CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
907 TAILLE (en centimètres)	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐	☐☐☐.☐
908 LES ENFANTS ONT-ILS ETE MESURES COUCHES OU DEBOUT?		COUCHE.........1 DEBOUT.........2	COUCHE.........1 DEBOUT.........2	COUCHE.........1 DEBOUT.........2
909 POIDS (en kilogrammes)	☐☐☐.☐	0☐☐.☐	0☐☐.☐	0☐☐.☐
910 CIRCONFERENCE DU BRAS (en centimètres)	☐☐.☐			
911 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐	JOUR..... ☐☐ MOIS..... ☐☐ ANNEE.... ☐☐
912 RESULTAT	MESURE.........1 ABSENTE........3 REFUSE.........4 AUTRE..........6 ______ (PRECISER)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE..........6 ______ (PRECISER)	MESURE.........1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE..........6 ______ (PRECISER)	MESURE.........1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE....5 AUTRE..........6 ______ (PRECISER)

913 NOM DE L'OPERATEUR: ______ ☐☐   NOM DE L'ASSISTANT*: ______ ☐☐

* Codes: Mère: 90; Autres membres du ménage: 91; Autres personnes: 92.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE
(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: ______________________________

____

____

Commentaires sur des questions particulières: ______________________________

____

____

Autres commentaires: ______________________________

____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

____

____

____

____

Nom du chef d'équipe: ______________________________ Date: __________

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

____

____

____

Nom de la contrôleuse: ______________________________ Date: __________

32

MINISTERE DU PLAN | REPUBLIQUE DU NIGER

DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE

Confidentiel

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL MARI

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT ______	N° STRATE...... ☐☐
ARRONDISSEMENT ______	N° GRAPPE... ☐☐☐
COMMUNE/CANT./CENTRE URBAIN ______	N° STRUCTURE ☐☐☐
VILLAGE/QUARTIER ______	N° MENAGE...... ☐☐
NIAMEY=1 /AGADEZ,MARADI,TAHOUA,ZINDER=2 /AUTRES VILLES=3 /RURAL=4...	☐
	N° de ZD.... ☐☐☐
NOM DU MARI ______	N° LIGNE MARI.. ☐☐

N° LIGNE DE LA (DES) FEMME(S) ELIGIBLE(S) ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

VISITES D'ENQUETRICE					
	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE	______	______	______	JOUR	☐☐
				MOIS	☐☐
				ANNEE	☐☐
NOM DE L'ENQUETRICE	______	______	______	NOM	☐☐
RESULTAT*	______	______	______	RESULTAT	☐
PROCHAINE VISITE: DATE / HEURE	______ / ______	______ / ______		NOMBRE TOTAL DE VISITES	☐

*CODES RESULTAT:
1 ENTIEREMENT REMPLI
2 PAS A LA MAISON
3 DIFFERE
4 REFUSE
5 PARTIELLEMENT REMPLI
6 AUTRE ______ (PRECISER)

QUESTIONNAIRE FRANCAIS..	1
LANGUE DE L'INTERVIEW **______	☐
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	☐

** CODES LANGUES: 1 FRANCAIS 2 HAOUSSA 3 DJERMA 4 AUTRES

	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR	SAISI PAR
NOM	______	______	______	☐☐
DATE	______	______	______	

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE........................ [ ][ ] MINUTES...................... [ ][ ]	
102	En quel mois et quelle année êtes-vous né?	MOIS......................... [ ][ ] NSP MOIS.....................98 ANNEE........................ [ ][ ] NSP ANNEE....................98	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOMPATIBLES	AGE EN ANNEES REVOLUES..... [ ][ ]	
104	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI..........................1 NON..........................2	 →107
105	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint: primaire, secondaire 1° cycle, secondaire 2° cycle ou supérieur?*	PRIMAIRE.....................1 SECONDAIRE 1° CYCLE..........2 SECONDAIRE 2° CYCLE..........3 SUPERIEUR....................4	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau?*	CLASSE....................... [ ]	
107	Quel est votre travail principal ?	[ ][ ] ________________ ________________	
108	Quelle est votre religion?	MUSULMANE....................1 CHRETIENNE...................2 ANIMISTE.....................3 AUTRE____________________4 (PRECISER)	
109	Quelle est votre nationalité?	NIGERIENNE...................01 TOGOLAISE....................02 BENINOISE....................03 MALIENNE.....................04 BURKINABE....................05 AUTRE AFRICAIN...............06 AUTRE____________________07 (PRECISER)	 02-07 →111
110	Quelle est votre ethnie?	ARABE........................01 DJERMA.......................02 GOURMANTHE...................03 HAOUSSA......................04 KANOURI......................05 MOSSI........................06 PEULH........................07 TOUAREG BELLA................08 TOUBOU.......................09 AUTRE____________________10 (PRECISER)	
111	Maintenant je voudrais vous poser des questions à propos du mariage: Combien d'épouses/femmes avez-vous actuellement?	NOMBRE...................... [ ][ ]	
112	Avez-vous l'intention de prendre une autre (d'autres) épouse(s)/femme(s) dans l'avenir?	OUI..........................1 NON..........................2	
113	En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez-vous commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	MOIS......................... [ ][ ] NSP MOIS.....................98 ANNEE........................ [ ][ ] NSP ANNEE....................98	
114	Quel âge aviez-vous quand vous vous êtes marié ou quand vous avez commencé à vivre en union pour la première fois avec une femme?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... [ ][ ] NSP AGE......................98	

* Codes pour Q.105 et 106

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SEC. 1°CYC.	3= SEC. 2°CYCLE	4= SUPERIEUR	8= NSP
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE				
CLASSES	1= CI 2= CP 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2	1= 6ème 2= 5ème 3= 4ème 4= 3ème 8= NSP	1= 2nde 2= 1ère 3= Term. 8= NSP ------	1= 1ème année 2= 2ème année 3= 3ème année 4= 4ème an. et+ 8= NSP	

2

SECTION 2: CONTRACEPTION

201 Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale, c'est à dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 202 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
PUIS CONTINUER LA COLONNE EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.
ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.
PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENCERCLE DANS 202, POSER 203 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

	202 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	203 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI....1 NON....2
02 DIU/STERILET Certaines femmes ont un stérilet ou un dispositif intra-utérin que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI....1 NON....2
03 INJECTIONS Certaines femmes reçoivent une piqûre par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI....1 NON....2
04 SPERMICIDES: DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE Certaines femmes se mettent à l'intérieur du vagin une éponge, des comprimés effervescents, un un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI....1 NON....2
05 PRESERVATIF/CONDOM Certains hommes mettent un préservatif (capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	OUI....1 NON....2
06 STERILISATION FEMININE/LIGATURE DES TROMPES Certaines femmes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Votre femme a-t-elle eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI....1 NON....2
07 STERILISATION MASCULINE/VASECTOMIE Certains hommes subissent une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI....1 NON....2
08 CONTINENCE PERIODIQUE/OGINO Certains couples évitent d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	OUI....1 NON....2
09 RETRAIT/COIT INTERROMPU Certains hommes font attention et se retirent avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE....1 OUI/CITE....2 NON....3	OUI....1 NON....2
10 GRIS-GRIS Certaines femmes utilisent des amulettes pour ne pas tomber enceintes.	OUI/SPONTANE....1 OUI/DESCRIPTION....2 NON....3	Votre (vos) femme(s) a-t-elle (ont-elles) déjà utilisé (METHODE)? OUI....1 NON....2
11 AUTRES METHODES? Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que des femmes ou des hommes peuvent utiliser pour éviter la grossesse? 1 ____ (PRECISER) 2 ____ (PRECISER)	OUI/SPONTANE....1 NON....3	OUI....1 NON....2 OUI....1 NON....2

204 VERIFIER 203: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) [ ] ↓ AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE) [ ] → PASSER A 207

N°	QUESTIONS ET FILTRES		PASSER A
205	Avez-vous jamais, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder éviter une naissance?	OUI....................☐ NON....................☐	 →209
206	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 203-204 (ET 202 SI NECESSAIRE)		
207	En ce moment, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter une naissance?	OUI....................1 NON....................2	 →209
208	Quelle méthode utilisez-vous actuellement?	PILULE....................01 DIU....................02 INJECTIONS....................03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE....................04 CONDOM....................05 STERILISATION FEMININE....................06 STERILISATION MASCULINE....................07 CONTINENCE PERIODIQUE....................08 RETRAIT....................09 GRIS-GRIS....................10 AUTRE ______________ 11 (PRECISER)	→212 (01-11)
209	Avez-vous, vous ou votre(vos) épouse(s)/femme(s) l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une naissance dans l'avenir?	OUI....................1 NON....................2 NSP....................8	 →211 →212
210	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE....................01 DIU....................02 INJECTIONS....................03 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE....................04 CONDOM....................05 STERILISATION FEMININE....................06 STERILISATION MASCULINE....................07 CONTINENCE PERIODIQUE....................08 RETRAIT....................09 GRIS-GRIS....................10 AUTRE ______________ 11 (PRECISER) PAS SURE....................98	→212 (01-98)
211	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	VEUT DES ENFANTS....................01 MANQUE D'INFORMATION....................02 PARTENAIRE DESAPPROUVE....................03 COUT TROP ELEVE....................04 EFFETS SECONDAIRES....................05 PROBLEMES DE SANTE....................06 DIFFICILE A OBTENIR....................07 RELIGION....................08 OPPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09 FATALISTE....................10 AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.11 RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS....12 FEMME A DES DIFFICULTES A TOMBER ENCEINTE....................13 FEMME MENOPAUSE/STRERILE....................14 PAS COMMODE....................15 NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS/STERILE....................16 AUTRE ______________ 17 (PRECISER) NSP....................98	
212	Etes-vous pour ou contre la diffusion d'informations sur le planning familial à la radio ou à la télévision?	POUR....................1 CONTRE....................2 NSP....................8	
213	Durant les douze derniers mois, avez-vous assisté à des séances de sensibilisation ou à des causeries sur le planning familial?	OUI....................1 NON....................2	 →301
214	Où avez-vous assisté à ces séances ou causeries?	FORMATION SANITAIRE....................1 QUARTIER....................2 AUTRE ______________ 3 (PRECISER) NSP....................8	

4

SECTION 3: PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES		PASSER A
301	Avez-vous des enfants?	OUI....1 NON....2	 →303
302	Combien de garçons avez-vous? Combien de filles avez-vous?	NOMBRE DE GARÇONS.... NOMBRE DE FILLES....	
303	VERIFIER 203: NON STERILISE ☐ ↓	STERILISE ☐	→ PASSER A 309
304	Voudriez-vous avoir un (d'autres) enfant(s) ou préféreriez vous ne pas avoir d'(autres) enfant(s)?	AVOIR UN (AUTRES) ENFANT(S)....1 PAS D'AUTRE/AUCUN....2 DIT QUE SA FEMME NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE....3 DIT QU'IL NE PEUT PAS/PLUS AVOIR D'ENFANT....4 PAS DECIDE OU NSP....8	
305	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) approuve(nt) les couples qui utilisent une méthode pour éviter une naissance?	OUI....1 NON....2 NSP....8	
306	Combien de fois avez-vous parlé avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) de ce sujet au cours de l'année dernière?	JAMAIS....1 UNE OU DEUX FOIS....2 PLUS SOUVENT....3	
307	Avez-vous déjà discuté avec votre(vos) épouse(s)/femme(s) du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI....1 NON....2	
308	Pensez-vous que votre(vos) épouse(s)/femme(s) souhaite(nt) avoir le même nombre d'enfants que vous, en veut (veulent) davantage ou moins que vous?	MEME NOMBRE....1 PLUS D'ENFANTS....2 MOINS D'ENFANTS....3 NSP....8	
309	Après l'accouchement, combien de temps un couple devrait-il attendre avant de reprendre les rapports sexuels?	MOIS....1 ANNEES....2 AUTRE ______....996 (PRECISER)	
310	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les rapports sexuels ou cela n'a pas d'importance?	ATTENDRE....1 PAS D'IMPORTANCE....2	
311	En général, approuvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	OUI....1 NON....2	
312	VERIFIER 301-302 ET COCHER LA CASE: PAS D'ENFANTS VIVANTS ☐ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? A DES ENFANTS VIVANTS ☐ Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir durant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir en tout? ENREGISTRER UN SEUL NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE.... AUTRE REPONSE ______96 (PRECISER)	
313	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE.... MINUTES....	

5

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR
(A remplir après achèvement de l'interview)

Personne enquêtée: ______________________________

____

____

Questions spécifiques: ______________________________

____

____

Autres aspects: ______________________________

____

Nom de l'enquêteur: ____________________ Date: __________

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

____

____

____

____

Nom du chef d'équipe: ____________________ Date: __________

OBSERVATIONS DU CONTROLEUR(SE)

____

____

____

____

Nom du contrôleur(se): ____________________ Date: __________

6

MINISTERE DU PLAN
DIRECTION DE LA STATISTIQUE
ET DE LA DEMOGRAPHIE

REPUBLIQUE DU NIGER
FRATERNITE-TRAVAIL-PROGRES

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT ____________________ N° STRATE.......... [ ][ ]

ARRONDISSEMENT ____________________ N° GRAPPE....... [ ][ ][ ]

CANTON/COMMUNE ____________________ N° ZD........... [ ][ ][ ]

TYPE DE LOCALITE:

NIAMEY [1] AGADEZ/MARADI/ TAHOUA/ZINDER [2] AUTRES VILLES [3] RURAL [4]

→ Nom de la ville: ____________________

→ Nom du quartier: ____________________

→ Nom du village/localité (centre de la grappe: le + gros de la grappe) ____________________

NOMBRE D'HABITANTS DE LA VILLE/VILLAGE/LOCALITE: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

DATE DE DEBUT DE VISITE A LA GRAPPE ____________ JOUR [ ][ ] MOIS [ ][ ]

DATE DE FIN DE VISITE A LA GRAPPE ____________ JOUR [ ][ ] MOIS [ ][ ]

NOM DE L'ENQUETEUR ____________ [ ][ ]

ENQUETES HOMMES:

NOMBRE: [ ] FONCTIONS/TITRES*: ____________ [ ] ____________ [ ] ____________ [ ]

ENQUETEES FEMMES:

NOMBRE: [ ] FONCTIONS/TITRES**: ____________ [ ] ____________ [ ] ____________ [ ]

* CODES:
1 CHEF VILLAGE/QUARTIER
2 SARKIN SAMARI
3 PERSONNEL MEDICAL/ESV
4 RESPONSABLE EDUCATION
5 RESPONSABLE RELIGIEUX
6 AUTRE

** CODES:
1 MEMBRE ASS. DE FEMMES
2 PERSONNEL MEDICAL/ESV
3 RESPONSABLE EDUCATION
4 AUTRE

SECTION 1. CARACTERISTIQUES GENERALES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	VERIFIER LE TYPE DE LOCALITE ET COCHER LA CASE CORRESPONDANTE: RURAL ☐	NIAMEY/AGADEZ/MARADI TAHOUA/ZINDER AUTRES VILLES ☐	→107
102	NOTER LE TYPE D'HABITAT	DENSE....1 DISPERSE....2 AUTRE ______ 3 (PRECISER)	
103	Quel est le centre urbain le plus proche de ______? (Nom local./village/pte. ville)	______ (NOM DU CENTRE URBAIN)	
104	Quelle est la principale voie d'accès entre ______ et ______? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain))	ROUTE GOUDRONNEE....1 LATERITE....2 PISTE....3 VOIE D'EAU....4 SENTIER....5	
105	Quelle est la distance en kilomètres entre ______ et ______? (Nom local./village/pte. ville) (Nom Centre Urbain)) INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	☐☐ KILOMETRES	
106	Quels sont les moyens de transport en commun les plus utilisés pour se rendre à ______? (Nom Centre Urbain) ENREGISTRER SEULEMENT LES DEUX PRINCIPAUX MOYENS DE TRANSPORT	AUTOBUS....A TAXI-BROUSSE....B TAXI....C CAMION/CAMIONETTE....D CHARRETTE....E PIROGUE/BAC....F AUCUN....G	
107	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de ______ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour boire?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....11 ROBINET PUBLIC....12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....21 PUITS PUBLIC/FORAGE....22 EAU DE SURFACE SOURCE....31 RIVIERE/RUISSEAU....32 MARE/LAC....33 BARRAGE....34 EAU DE PLUIE....41 VENDEUR D'EAU....51 EAU EN BOUTEILLE....61 AUTRE ______ 71 (PRECISER)	
108	Quelle est la principale source d'eau que les habitants de ______ (Nom local./village/ville/quartier) utilisent pour faire la vaisselle?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....11 ROBINET PUBLIC....12 EAU DE PUITS PUITS DANS LE LOGEMENT/COUR/PARCELLE....21 PUITS PUBLIC/FORAGE....22 EAU DE SURFACE SOURCE....31 RIVIERE/RUISSEAU....32 MARE/LAC....33 BARRAGE....34 EAU DE PLUIE....41 VENDEUR D'EAU....51 EAU EN BOUTEILLE....61 AUTRE ______ 71 (PRECISER)	
109	Comment sont évacuées les eaux usées des logements de de ______? (Nom local./village/ville/quartier)	SYSTEME D'EGOUTS FERMES....1 EGOUTS A CIEL OUVERT....2 FOSSE SCEPTIQUE....3 RUE/BROUSSE....4	
110	Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des habitants de ______? (Nom local./village/ville/quartier)	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN....12 FOSSE/LATRINES FOSSE SOMMAIRE....21 FOSSE AMELIOREE ET VENTILEE OU LATRINES....22 PAS DE TOILETTES/BROUSSE....31 AUTRE ______ 41 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111	Y-a-t-il l'électricité à ____________________ ? (Nom local./village/ville/quartier)	OUI....1 NON....2	
112	Quelle est l'activité principale des habitants de ____________________ ? (Nom local./village/ville/quartier)	AGRICULTURE/PECHE....1 COMMERCE....2 ARTISANAT....3 INDUSTRIE....4 SERVICES....5 AUTRE ________ 6 (PRECISER)	

COMPLETER LE TABLEAU A PARTIR DE VOS OBSERVATIONS ET DES INFORMATIONS OBTENUES

	113 DISTANCE (EN KM.) ENTRE LE LIEU D'ENQUETE ET LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98'. INSCRIRE '97' POUR 97 KM ET PLUS.	114 MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE	115 TEMPS NECESSAIRE POUR SE RENDRE DANS LA LOCALITE LA PLUS PROCHE POSSEDANT LE SERVICE, PAR LE MOYEN DE DEPLACEMENT LE PLUS UTILISE SI PLUS 90 MIN., NOTER EN HEURES. 24H. POUR 24H.ET+	
01 ECOLE PRIMAIRE	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 02	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→02
02 ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 1° CYCLE	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 03	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→03
03 ECOLE SECONDAIRE OU TECHNIQUE 2° CYCLE	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 04	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→04
04 MARCHE JOURNALIER	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 05	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→05
05 MARCHE HEBDOMADAIRE	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 06	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→06
06 BOUTIQUE	KILOMETRES → SI '98' PASSER A 07	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→07
07 SERVICE REGULIER DE TRANSPORT EN COMMUN	KILOMETRES → SI '98' PASSER A Q.201	VEHICULE MOTEUR..1 VELO....2 DOS D'ANIMAL....3 CHARRETTE....4 A PIED....5 AUTRE ____ 6 (PRECISER)	MINUTES......1 HEURES.......2	→Q.201

SECTION 2. DISPONIBILITE DES SERVICES SANITAIRES

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
01 HOPITAL PUBLIC	____________ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 02	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS......1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 STERILIS. FEM......1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →02 ____________ (A PRECISER)
02 HOPITAL PRIVE/ CLINIQUE	____________ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 03	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS......1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 STERILIS. FEM......1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →03 ____________ (A PRECISER)
03 PMI	____________ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ] →PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ] →PASSER A 04	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →04 ____________ (A PRECISER)

04 CENTRE MEDICAL PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 HEUR.2	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 05	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →05 (A PRECISER)
05 DISPEN-SAIRE PUBLIC	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 HEUR.2	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 06	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS......1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →06 (A PRECISER)
06 EQUIPE MOBILE	Est-ce qu'une équipe mobile visite (NOM LOCALITE/VILLAGE)? OUI → PASSER A Q 207 OUI → PASSER A 07						OUI NON NSP VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 →07
07 MATERNITE	(INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO.............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE__________6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 HEUR.2	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 → PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. → PASSER A 08	OUI NON NSP ACCOUCHEMENTS......1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 →08

	201 Où se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	202 A combien de kilomètres se trouve (NOM DU SERVICE) le plus proche?	203 Quel est le moyen de déplacement le plus utilisé pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche?	204 Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DU SERVICE) le plus proche par le moyen de déplacement le plus utilisé?	205 (NOM DU SERV.) le plus proche assure-t-il des services de planning familial?	206 VERIFIER Q. 202	207 (NOM DU SERVICE) le plus proche assure-t-il:	208 Savez-vous si à (NOM DU SERVICE) le plus proche, on peut se procurer:
08 CABINET MEDECIN PRIVE/ DISPENSAIRE PRIVE	______ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE______6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ]→PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ]→PASSER A 09	OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS......1 2 8 SOINS POSTNATALS...1 2 8 CONS. NOURRISSONS..1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 VACCINATIONS.......1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →09 ______ (A PRECISER)
09 PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE/ SECOURISTE/ MATRONE	A (NOM LOCALITE/VILLAGE), y-a-t-il du personnel de santé communautaire/ secouriste/matrone? OUI [ ]→PASSER A Q 207 NON [ ]→PASSER A 10						OUI NON NSP SOINS PRENATALS....1 2 8 ACCOUCHEMENTS......1 2 8 CONS. NUTRITIONEL..1 2 8 URGENCES...........1 2 8 SOINS CURATIFS.....1 2 8	OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 →10
10 PHARMACIE	______ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE______6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ]→PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ]→PASSER A 11		OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →11 ______ (A PRECISER)
11 DEPOT PHARMACEUTIQUE	______ (INSCRIRE LE NOM LOCALITE/VILLAGE/ VILLE/QUARTIER) SI LE SERVICE SE TROUVE SUR LE LIEU D'ENQUETE, INSCRIRE '98' A Q.202, PUIS PASSER A Q.205.	[ ][ ] KILOMETRES INSCRIRE '97' POUR 97 KM. ET PLUS. SI '98', PASSER A Q.205	VEHICULE MOTEUR..1 VELO............2 DOS D'ANIMAL.....3 CHARRETTE........4 A PIED...........5 AUTRE______6 (PRECISER)	SI + DE 90 MIN. NOTER EN HEURES. SI 24 H. ET + NOTER 24H. MIN..1 [ ][ ] HEUR.2 [ ][ ]	OUI.......1 NON.......2 NSP.......8	DISTANCE <=30 Km. OU Q.202=98 [ ]→PASSER A Q.207 DISTANCE >30 Km. [ ]→PASSER A Q.209		OUI NON NSP SACHETS SRO........1 2 8 ANTI-PALUDEEN......1 2 8 PILULE CONTRACEP...1 2 8 STERILET...........1 2 8 INJECTIONS CONTR...1 2 8 CONDOM.............1 2 8 METH. VAGINALES....1 2 8 AUTR. METH. CONT...1 2 8 →Q.209 ______ (A PRECISER)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
209	Quel sont, par ordre d'importance, les principales maladies des enfants de moins de cinq ans au cours de l'année?	PALUDISME....01 DIARRHEE....02 MALNUTRITION....03 ROUGEOLE....04 ANEMIE....05 TETANOS....06 MENINGITE....07 ICTERE (jaunisse, hépatite, généralement maladies du foie)....08 MALADIES CARDIAQUES....09 TUBERCULOSE....10 COQUELUCHE....11 VARICELLE....12 CONVULSION....13 FIEVRE....14 TOUX, SUFFOCATION, PROBLEMES RESPIRATOIRES....15 GALE....16 TEIGNE....17 AUTRES PROBLEMES DE PEAU....18 AUTRES ____ 19 (PRECISER) NSP....98	1°...... 2°...... 3°...... 4°......
210	Quels sont, par ordre d'importance, vos principaux problèmes pour vous soigner?	SERVICES DE SANTE INEXISTANTS....01 SERVICES DE SANTE TROP ELOIGNES....02 SERV. DE SANTE N'OFFRANT PAS TOUS LES SERVICES....03 CONSULTATIONS TROP CHERES....04 MAUVAIS ACCUEIL....05 MEDICAMENTS NON DISPONIBLES....06 MEDICAMENTS TROP CHERS....07 AUCUN....08 AUTRE ____ 09 (PRECISER) NSP....98	1°...... 2°...... 3°...... 4°......

7

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE
(A remplir après achèvement de l'interview)

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

Nom du chef d'équipe: ______________________________ **Date:** __________